Office of The Ombudsman, Hong Kong

Direct Investigation Report

Utilisation of low-charge hospital beds in private hospitals

Completion Date: 7 July 2020

Announcement Date: 9 July 2020

www.ombudsman.hk

This report is published in Chinese and supplemented by
an Executive Summary in Chinese and English.
This report is also available on our website at
www.ombudsman.hk.
English version of the report will be uploaded soon.

[illegible]

[illegible]

[illegible]	*[illegible]*
1 *[illegible]*	
[illegible]	**1.1 - 1.4**
[illegible]	**1.5**
[illegible]	**1.6 - 1.7**
2 *[illegible]*	
[illegible]	**2.1 - 2.3**
[illegible]	**2.4 - 2.10**
[illegible]	**2.11 - 2.16**
[illegible]	**2.17 - 2.29**
[illegible]	**2.30 - 2.35**
3 *[illegible]*	
[illegible]	**3.1 - 3.5**
[illegible]	**3.6 - 3.7**
[illegible]	**3.8 - 3.15**
[illegible]	**3.16 - 3.22**
4 *[illegible]*	

[illegible] 4.1 - 4.6
[illegible] 4.7 - 4.33
[illegible] 4.34 - 4.38

5 [illegible]
[illegible] 5.1 - 5.8
[illegible] 5.9 - 5.14
[illegible] 5.15 - 5.34
[illegible] 5.35 - 5.43
[illegible] 5.44
[illegible] 5.45

[illegible]
[illegible]

私家醫院低收費病床的使用
主動調查報告摘要

引言

本港有兩間私家醫院（下稱「醫院甲」及「醫院乙」）須按照批地條款，提供不少於兩成的病床為低收費病床。截至2019年12月，該兩間醫院合共提供 164張低收費病床。根據規定，低收費病床的每日住院費用不得超出公立醫院三等病床的最高收費

1，其他醫院費用則不得超出該醫院二等病床的同類費用
的一半。

2. 雖然病床數目驟眼看來並不多，但若以每名病人平均住院 2至4天，而入住率約八成計算，低收
費病床一年最多可服務大概 1.2萬至2.4萬人次。低收費病床如能加以善用，應有助減輕整體醫療系統的負擔，也配合政府鼓勵市民使用私營醫療服務的政策方向。

3. 2012 年之前，兩間私家醫院並沒有確切遵行提供低收費病床的地契條款。其後審計署於
2012 年發表審計報告作出批評後，政府陸續加強監察兩間私家醫院有否按地契條款提供低收費病床，並同時積極建議有關醫院採取一系列措施以提升其低收費病床的使用率。本署對政府的正面態度及所付出的努力予以肯定和讚賞。

4. 縱然如此，是次主動調查發現，政府當局在推廣低收費病床的使用上仍有可優化之處。醫院管理局
（「醫管局」）在流感高峰期與兩間私家醫院就低收費病床的轉介安排，亦有可優化並加以善用的空間。

調查所得

（一） 政府應繼續觀察並重新檢視低收費病床的政策

5. 政府表示，由於兩間私家醫院的地契條款並無界定低收費病床的使用條件（包括使用率），以致有
關規定難以執行；加上過往低收費病床的提供未能有效鼓勵市民由公營住院服務轉至私家醫院服務，行政會議於2011 年 1 月決定，日後與各私家醫院的批地契約續期時，將會引入套餐式服務以取代提供低收費病床的規定。

6. 然而，行政會議於2011 年 1 月作出上述決定時，低收費病床的規定根本未獲有效執行，當時
低收費病床的使用率十分低（以醫院甲為例，使用率介乎23%至45%2），但現時低收費病床的使用情

1 2019年12月，公立醫院三等病床的收費為每天港幣120元。

2

據審計署於2012年發表的審計報告，醫院甲在2008年的低收費病床使用率為 1%，在2009至2011 年期間則介乎23%至45%。

況相對於2011 年或以前經已有大幅改善，醫院甲和醫院乙的低收費病床使用率最高約七成至八成。醫院甲和醫院乙的地契分別於2047年和2060年才期滿，距今仍有數十年之久，在相關地契期滿之前，值得政府重新檢視低收費病床的政策。

7. 縱使政府強調提供低收費病床對於疏導公立醫院的病人往私家醫院的成效有限，但本署認為，低收
費病床不但可吸引部分負擔能力較高的市民轉為使用私營醫療服務，醫管局亦可在有需要時利用有關機制以紓緩公立醫院住院服務的負荷。再者，低收費病床的規定亦轉達了有關私家醫院以優惠地價獲批土地後，須承擔社會責任的訊息。此外，政府加強執行有關規定後，低收費病床的使用率隨即明顯改善，反映有關規定並非無法有效地執行。

8. 此外，低收費病床的政策無疑可為有能力使用私營醫療服務的市民提供額外誘因，與政府近年推出
的套餐式服務和自願醫保政策，可謂相輔相成。套餐式服務和低收費病床的規定，兩者其實並不相悖，政府並無必要二擇其一，例如私家醫院可以在低收費病床提供較便宜的套餐式服務。

9. 鑑於以上所述，本署認為，套餐式服務仍在起步階段，政府在現階段應繼續密切觀察低收費病床的
使用情況，積極檢視如何可更有效地善用低收費病床，並在未來檢視套餐式服務政策時，按照當時情況，重新檢視低收費病床政策。

（二） 醫管局應善用低收費病床分流病人至私營醫療系統

10. 政府近年為改善公、私營醫療服務需求失衡的情況，一直鼓勵有負擔能力的市民使用私營醫療服務。
本署認為，雖然監察和改善低收費病床的使用情況並非醫管局的責任，但該局如能善用低收費病床，不但可減輕公立醫院的壓力，騰出的資源更可服務有需要的病人。是次主動調查發現，醫管局在利用低收費病床分流病人至私營醫療系統的做法上，有以下可予改善之處：

(1) 應針對流感高峰期的轉介協議成效不彰的問題採取措施

11. 醫管局先後與醫院甲和醫院乙簽訂協議，在傳染病爆發期間或流感高峰期，轉介公立醫院病人入住
低收費病床，但該局在過往三次流感高峰期

3啟動轉介協議，獲轉介的病人寥寥可數

4，其中醫院乙在先後兩次
的流感高峰期，合共只接收了兩名公立醫院病人。

12. 醫管局解釋，為確保病人安全，臨床轉介標準需較為嚴謹，情況穩定的病人才適合轉介，而前線人
員在甄選期間發現大部分病人並不適合轉介。本署認為，醫管局有需要檢討流感高峰期轉介成效欠佳的原因，並重新檢視目前的轉介安排。

3

2017 年夏季流感高峰期、2017/18年冬季流感高峰期及2018/19年冬季流感高峰期。

4 醫院甲每次的轉介病人數目介乎25至35人，醫院乙總共接收了2名病人。

研究放寬轉介病人的限制

13. 據本署了解，公立醫院在流感高峰期時，承受壓力的主要是內外科病房，但醫管局要甄選內外科急
症個案作轉介，確實有一定難度。另一方面，部分內外科病人在病情穩定後，需要轉至療養康復科等其他科目的病床，接受延續護理或其他治療。因此，本署認為，醫管局可研究放寬轉介病人的限制（包括現時七天的住院日數限制），將療養康復科等其他科目的病人納入可作轉介之列，以便騰空有關床位接收更多內外科病人，以加快病床流轉，從而紓緩內外科病房的壓力。

改善和簡化轉介病人的行政工作

14. 有公立醫院醫生透露甄選病人作轉介的人手不足，加上轉介病人的行政工作繁重，故只能在周一至
周五甄選病人作轉介。本署認為，轉介安排原意是減輕公立醫院在流感高峰期時的負擔，倘若相關行政工作流於繁複，不但本末倒置，亦降低了前線人員主動轉介病人的動力。醫管局應研究如何精簡目前甄選病人的行政安排。

15. 此外，兩間私家醫院在轉介協議期間須預留一定數目的低收費病床，以接收公立醫院的病人，但過
往轉介數字甚低，導致大量低收費病床閒置。醫管局應與兩間私家醫院研究改善預留病床的要求，令有關安排更具彈性。

考慮將轉介安排恆常化

16. 本署認為，除了在流感高峰期的轉介安排之外，醫管局可視乎日後的轉介成效，積極研究將轉介安
排恆常化，既可避免在公立醫院的壓力迫在眉睫之時才啟動轉介安排，而醫護人員在非繁忙時期有較多時間安排轉介病人，亦可藉此累積轉介經驗，有望改善整體的轉介成效。

(2) 應探討更多善用低收費病床的方案

17. 另一方面，本署認為，醫管局應與兩間私家醫院進一步探討其他可行措施，善用低收費病床以分流
公立醫院的病人，包括研究如何吸引一些經已預約、正輪候入院接受治療的病人，轉為使用私家醫院的低收費病床。例如，私家醫院可向轉為使用低收費病床的公立醫院病人提供額外優惠，或特別提供一些較便宜的套餐式收費服務等。此外，醫管局可按公立醫院的服務需求，積極探討在哪些住院項目上，可透過類似公私營協作的模式，資助並轉介病人入住低收費病床。

（三） 政府應探討如何進一步推廣低收費病床

18. 本署於2019年7月向公眾宣布就此課題展開主動調查後，輿論顯示有不少市民及私家醫生均
不知道有低收費病床服務。本署認為，政府在推廣低收費病床和進一步改善其使用率上，有以下可予提升之處：

(1) 加強向公立醫院病人推廣低收費病床

19. 衞生署表示，該署不應協助私家醫院宣傳或推廣醫院服務（包括低收費病床服務），以免與其監管
角色有所衝突。對此，本署須指出，低收費病床的提供，是因應政府以優惠地價批出土地給兩間私家醫院而衍生出來的，無疑涉及公共資源，有別於一般私營機構提供的商品及服務。因此，政府應該就低收費病床向市民提供充足資訊。

20. 本署認為，政府可利用各種渠道，加強向公眾推廣低收費病床，例如透過醫管局在公立醫院張貼宣
傳海報和告示。政府亦應積極研究其他方法，增加低收費病床的吸引力，以鼓勵更多負擔能力較高的病人轉用私營醫療服務，例如建議私家醫院利用低收費病床提供價格較優惠的套餐式服務。

(2) 鼓勵醫院乙增加在新院大樓低收費病床的數目

21. 醫院乙的低收費病床自開設以來只設於舊翼，而資料顯示，大部分病人拒絕入住低收費病床的原因，
是希望入住該院新院大樓的病房。雖然醫院乙已應政府的建議，在 2018年開始於新院大樓的外科病房和婦科病房提供低收費病床，惟大部分的低收費病床仍設於舊翼。本署認為，政府可與醫院乙商討在該院新院大樓的病房進一步增加低收費病床的數目。

(3) 建議私家醫院進一步推廣及優化低收費病床的提供

22. 本署認為，政府應與私家醫院商討，以探討加強在其網站和其他渠道宣傳低收費病床的可行性，例
如仿效停車場的做法，在醫院大堂實時顯示低收費病床的空置數目，以及定期公布低收費病床的使用情況。

23. 另一方面，部分病人因擔憂會被標籤或誤會低收費病床的設備和服務會較一般病床為差，而抗拒入
住低收費病床。本署認為，政府應建議私家醫院設法消除低收費病床可能引致的誤解和負面觀感，例如清楚解釋低收費病床的規格和服務與一般病床無異，及改用比較正面的名稱（如優惠病床）。此外，私家醫生經常會轉介病人入院（不論是公立醫院或私家醫院）。因此，除了針對病人作宣傳推廣之外，私家醫院可定期向全港私家醫生發放有關低收費病床服務的資訊。

建議

24. 鑑於以上所述，本署向食物及衞生局、衞生署和醫管局提出了9項建議：

食物及衞生局和衞生署

(1) 積極檢視如何可更有效地善用低收費病床，並在未來檢視套餐式服務政策時重新檢視低收
費病床政策。

(2) 主動利用各種渠道，加強向公眾推廣低收費病床，包括在公立醫院張貼海報和告示。

(3) 積極研究如何增加低收費病床的吸引力，例如建議私家醫院利用低收費病床提供價錢較優
惠的套餐式服務。

(4) 與醫院乙商討在該院新院大樓的病房進一步增加低收費病床的數目。

(5) 建議私家醫院加強宣傳低收費病床，例如定期通知私家醫生有關低收費病床的安排，及設
法消除低收費病床可引致的誤解和負面觀感。

醫管局

(6) 檢討流感高峰期轉介安排成效欠佳的原因，重新檢視目前的轉介安排，以提高轉介安排的
效益（例如放寬轉介病人限制及簡化相關的行政工作）。

(7) 改善在流感高峰期轉介協議期間低收費病床的預留安排，避免浪費。

(8) 視乎日後的轉介成效，積極研究將流感高峰期的轉介安排恆常化。

(9) 與兩間私家醫院探討其他可行措施，善用低收費病床分流公立醫院的病人，例如研究如何
吸引經已預約入院接受治療的公立醫院病人選擇入住低收費病床，以及探討透過公私營協
作的模式轉介病人使用低收費病床。

申訴專員公署
2020年7月

Executive Summary
Direct Investigation Report

Utilisation of Low-charge Hospital Beds in Private Hospitals

Introduction

Two private hospitals in Hong Kong (hereunder referred to as "Hospital A" and "Hospital B") are required to comply with the land grant conditions and provide no less than 20% of their total beds as low-charge hospital beds. As at December 2019, the two hospitals are providing a total of 164 low-charge beds. The relevant requirements stipulate that the daily hospital charges for a low-charge bed shall not exceed the maximum fee charged for a third-class bed in public hospitals[1], while other hospital charges shall not exceed half the similar charges for a second-class bed in the private hospital concerned.

2. The number of low-charge beds may not appear to be high, but if each patient stays for two to four days on average and the admission rates of the low-charge beds reach 80%, these beds can handle about 12,000 to 24,000 attendances of patients each year. Optimising the use of low-charge beds can help alleviate the burden of the entire healthcare system and complement with the Government policy to encourage the use of private healthcare services.

3. Prior to 2012, the two private hospitals had not strictly complied with the requirements for low-charge beds under the land grant conditions. In response to the Audit Commission's criticism in its report in 2012 ("the 2012 Report"), the Government has gradually stepped up its monitoring of these hospitals' compliance with land grant conditions with regard to their provision of low-charge beds. Besides, the Government has recommended the two hospitals to introduce measures to improve the utilisation rates of

[1] In December 2019, the daily fee for a third-class bed in public hospitals was $120.

their low-charge beds. We appreciate the Government's positive attitude and efforts in this aspect.

4. That said, this direct investigation has revealed room for improvement in the Government's promotion of the use of low-charge beds as well as in the referral arrangements between the Hospital Authority ("HA") and the two private hospitals during influenza surges.

Our Findings

(I) Government Should Keep Observing and Reviewing Policy of Low-charge Beds

5. The Government noted that as the land grant conditions for the two private hospitals do not include conditions on the use of low-charge beds (including their utilisation rates), it is difficult to enforce the relevant requirements. Moreover, provision of low-charge beds had had little effect on encouraging members of the public to go to private instead of public hospitals. Hence, in January 2011, the Executive Council ("ExCo") decided to introduce the requirements for service packages to replace those for low-charge beds when renewing the land leases with private hospitals.

6. When ExCo made that decision in January 2011, the requirements for low-charge beds had not been effectively implemented and the utilisation rates of those beds were very low. In Hospital A's case, the utilisation rates of low-charge beds were then between 23% and 45%[2]. Compared with the utilisation rates in or before 2011, there have been significant improvement. Currently, the utilisation rates in Hospital A and Hospital B could reach 70% to 80%. Given that there are many years ahead before the land leases for Hospital A and Hospital B expire in 2047 and 2060 respectively, we consider that it is worth reviewing the Government's policy of low-charge beds before the land leases concerned expire.

[2] In the aforesaid 2012 report, the utilisation rate of low-charge beds in Hospital A in 2008 was 1%, and the relevant rates between 2009 and 2011 ranged from 23% to 45%.

7. Although the Government stressed that provision of low-charge beds has not helped much in encouraging public hospital patients to switch to the private healthcare services, we still find those low-charge beds useful in that they provide incentive to people who can afford private healthcare services and help alleviate the burden of public hospitals under HA when necessary. Furthermore, inclusion of the requirements for low-charge beds in the land grant conditions has given a clear indication to the private hospitals concerned that land grants at concessionary premiums come with social responsibility. Upon strengthening the Government's enforcement of the requirements, there were marked increases in the utilisation rates of low-charge beds. That means proper implementation of the requirements is not impossible.

8. The policy of low-charge beds provides incentive for people who can afford private healthcare services and is complementary to service packages and voluntary medical insurance introduced in recent years. Service packages and low-charge beds are not contradictory, and there is no need for the Government to choose between them. One possible option is to let private hospitals offer low-priced service packages using their low-charge beds.

9. We are of the view that provision of service packages in private hospitals is still at an initial stage. The Government should closely monitor the use of low-charge beds, and proactively explore ways to better utilise those beds and revisit the relevant policy when reviewing that of service packages.

(II) HA Should Better Utilise Low-charge Beds to Divert Patients to Private Healthcare Sector

10. In recent years, the Government has attempted to address the imbalance in demand between the public and private healthcare services by encouraging those who could afford higher charges to go to the private sector. In our view, although HA is under no obligation to monitor and improve the utilisation of low-charge beds, better utilisation of those beds can help alleviate the burden

of public hospitals and spare more resources for patients in need. This direct investigation has revealed the following areas for improvement in HA's use of low-charge beds to divert patients to the private healthcare sector.

(1) Introducing Measures to Address the Ineffectiveness of Referral Agreements during Influenza Surges

11. HA has signed agreements with Hospital A and Hospital B to refer inpatients of public hospital to use their low-charge beds during outbreaks of infectious diseases or influenza surges. Yet, during the three previous influenza surges[3] when the referral agreements were activated, HA had referred only a very small number of patients[4]. In two influenza surges, Hospital B had only accepted two public hospital patients in total.

12. HA's explanation was that strict criteria for referral were necessary to ensure patients' safety. Thus, only patients in stable clinical conditions could be referred. In selecting cases, frontline staff found that most patients were not suitable for referral. Nonetheless, we find it necessary that HA investigate why patient referrals during influenza surges have been ineffective and review the existing arrangements.

Explore Relaxation of Restrictions on Referral of Patients

13. We understand that it is rather difficult for HA to select suitable cases for referral among emergency cases from surgical and medicine wards, which are particularly under stress during influenza surges. On the other hand, some of the patients in the surgical and medicine wards may need to be transferred to other wards such as convalescent and infirmary wards for continual care or other therapies when their condition becomes stable. We are of the view that HA could explore the relaxation of restrictions on

[3] The 2017/18 summer and winter surges of influenza and the 2018/19 winter surge of influenza.

[4] Hospital A accepted 25 to 35 patients referred during each influenza surge while Hospital B accepted two in total.

referral of patient (including the 7-day limit of stay), and consider also patients from other wards, such as convalescent/infirmary wards. Hence, the turnover rates of hospital beds could be enhanced, thereby alleviating the burden on the surgical and medicine wards.

Improve and Simplify the Administrative Work of Referrals

14. A public hospital doctor revealed to us that public hospitals did not have adequate manpower to select suitable patients for referrals, and they had to cope with the heavy workload brought by the relevant administrative work. Hence, the selection could only be made on weekdays. In our view, the arrangement of referral is meant to alleviate the burden of public hospitals during influenza surges. If the relevant administrative work is too complicated, it will defeat the purpose of such arrangement and discourage frontline staff from referring patients to use low-charge beds. HA should explore ways to simplify the administrative work in selecting patients for referral.

15. Moreover, while the referral agreements are activated, the two private hospitals are required to reserve certain numbers of low-charge beds for patient referrals. Previously, many of those beds were wasted as the numbers of referrals had been very small. HA should, therefore, collaborate with the two private hospitals on improving the flexibility of the reservation arrangement.

Consider Making Referral to Use Low-charge Beds a Standing Arrangement

16. In our opinion, depending on the effectiveness of referrals in future, HA can proactively explore the feasibility of making standing arrangements for referrals of patients beyond influenza surges, so that they do not need to wait until the public hospitals are already under great pressure. Besides, medical personnel can have more time to arrange referrals during off-peak seasons and gain

experience in making referrals, thus enhancing its overall effectiveness.

(2) Exploring Feasible Ways to Better Utilise Low-charge Beds

17. In addition, we consider that HA should collaborate with the two private hospitals to explore other feasible measures to better utilise the low-charge beds so as to divert patients from public hospitals. Feasible measures may include ways to encourage those patients who have made appointments or are waiting to receive treatment to use the low-charge beds in private hospitals. For example, the private hospitals can offer more concessionary terms or provide low-priced service packages to public hospital patients who agree to use low-charge beds. Moreover, subject to the needs for public hospitals' services, HA can examine which items of hospitalisation are suitable for offering subsidies to patients to use low-charge beds under public-private partnership programmes.

(III) The Government Should Explore Ways to Further Publicise Use of Low-charge Beds

18. Since we declared the launch of this direct investigation in July 2019, there were public responses showing that many people including private medical practitioners are not aware of the low-charge bed services. We consider that the Government can further publicise such services and improve the utilisation rates by addressing the following aspects.

(1) Strengthening Promotion of Low-charge Beds among Public Hospital Patients

19. The Department of Health ("DH") considered that it should not be assisting private hospitals in the publicity or promotion of their services (including the low-charge bed services) to avoid conflicts with its role as the monitoring authority. We should point out that provision of low-charge beds originated from the land grants to the two private hospitals due to the concessionary premiums offered, and therefore, those beds involve public

resources and are different from commodities and services provided by ordinary private organisations. Hence, the Government should provide the public with sufficient information about low-charge beds.

20. In our opinion, the Government could use various channels to step up its promotion of low-charge beds among members of the public, such as putting up posters or notices in public hospitals under HA. It should also proactively explore other means to make low-charge beds more appealing to patients who can afford higher charges so that they would be encouraged to use private healthcare services. For example, the Government could suggest that private hospitals offer low-priced service packages using their low-charge beds.

(2) Encouraging Hospital B to Provide More Low-charge Beds in Its New Wing

21. Low-charge beds in Hospital B are located within the hospital's Old Wing since the hospital started to provide such services. Relevant information shows that most patients of Hospital B refused to use low-charge beds because they wanted to be admitted to the wards in the New Wing. In response to the Government's proposal, Hospital B started to provide low-charge beds in the Surgical and Gynaecology Wards in its New Wing in 2018, but most of the hospital's low-charge beds are still in its Old Wing. We consider that the Government can discuss with Hospital B on further increasing the number of low-charge beds in the New Wing.

(3) Recommend Private Hospitals To More Actively Publicise Their Low-charge Beds and Improve the Provision

22. The Government should discuss with the private hospitals whether they can use their websites or other channels to enhance publicity of the low-charge beds. They can follow the practice of car parks to display the number of available low-charge beds in real time at the hospital lobby as well as releasing regularly the

utilisation rates of such beds.

23. Moreover, some patients are reluctant to use low-charge beds because they are concerned about being labelled, or they misunderstand that the equipment and services of such beds are of lower standards. The Government should suggest that the two hospitals address such misunderstanding and negative impression. For example, the hospitals can indicate clearly that low-charge beds are of the same standards and they deliver the same services as ordinary hospital beds do. The hospitals can also rename such beds, giving them a more positive connotation (e.g. concessionary beds). Furthermore, as private medical practitioners often refer patients to public or private hospitals, the two private hospitals can provide regular information to all private medical practitioners in Hong Kong on the low-charge bed services.

Recommendations

24. In view of the above, The Ombudsman has made the following nine recommendations to **the Food and Health Bureau (“FHB”), DH and HA**:

FHB and DH

(1) proactively explore ways to better utilise low-charge beds and revisit the relevant policy when reviewing the policy of service packages;

(2) make good use of various channels to strengthen its promotion of low-charge beds among members of the public, such as putting up posters or notices in public hospitals;

(3) proactively explore other means to make low-charge beds more appealing, such as making suggestions to the two private hospitals about using their low-charge beds to offer service packages at lower prices;

(4) discuss with Hospital B on further increasing the number of low-charge beds in its New Wing;

(5) suggest the two private hospitals enhance the publicity of their low-charge beds, such as providing regular information to all private medical practitioners in Hong Kong on the low-charge bed services, and addressing the misunderstanding and negative impression that patients might have about those beds;

HA

(6) review the arrangement for referral of patients during influenza surges to investigate why it has been ineffective, review the existing arrangements and make improvement. For example, relaxing the restrictions on referral of patients and simplifying the relevant administrative work;

(7) improve the reservation arrangement for low-charge beds when the referral agreements are activated during influenza surges to avoid wasting resources;

(8) depending on the effectiveness of referrals in future, proactively consider allowing such referrals to be made beyond influenza surges; and

(9) collaborate with the two private hospitals to explore other feasible measures to better utilise the low-charge beds for diversion of public hospital patients, such as encouraging patients who have made appointments or are waiting to receive treatment to use the low-charge beds in private hospitals, and to explore the possibility of referring patients to low-charge beds under public-private partnership programmes.

Office of The Ombudsman
July 2020

1

引言

背景

1.1 本港有兩間私家醫院須按照由政府訂定的批地條款，提供不少於兩成的病床為低收費病床。截
至2019年12月，該兩間醫院合共提供 164張低收費病床。衞生署負責監察該兩間私家醫院提供低收費病床的情況，確保醫院遵從上述批地條款。

1.2 根據規定，低收費病床的每日住院費用不得超出公立醫院三等病床的最高收費

1，其他醫院費
用則不得超出該醫院二等病床的同類費用的一半。申訴專員公署的初步查訊發現，兩間私家醫院雖已遵從有關批地條款提供低收費病床，而衞生署亦有作出相關的監察，惟有關病床的使用率有進一步的提升空間。

1.3 另一方面，醫院管理局（「醫管局」）先後與上述兩間私家醫院簽署協議，於流感高峰期由該
局轉介合適的公立醫院病人，使用該兩間私家醫院的低收費病床。獲轉介的病人只須支付等同公立醫院的基本住院費用，其餘費用由醫管局負責。醫管局其後曾啟動有關協議，但獲轉介的病人數目偏低，反映現行的轉介機制對於紓緩公立醫院病床需求的作用有限。

1.4 有鑑於此，申訴專員在2019年6月4日根據《申訴專員條例》（第397章）第
7(1)(a)(ii)條向食物及衞生局（「食衞局」）、衞生署及醫管局展開主動調查，以審研政府在監察和推廣私家醫院低收費病床的使用上，是否有可予提升之處。

1 2019年12月，公立醫院三等病床的收費為每天港幣120元。

調查範圍

1.5 這項主動調查的審研範圍包括：

• 有關低收費病床的批地條款；

• 衞生署對私家醫院遵從關於低收費病床的批地條款之監察措施；

• 私家醫院提供低收費病床的情況；

• 低收費病床的使用率；及

• 醫管局於流感高峰期轉介公立醫院病人入住低收費病床的成效。

調查過程

1.6 本署於2019年7月10日向公眾宣布展開此項主動調查，並邀請公眾人士就此課題提
供意見。除了到兩間提供低收費病床的私家醫院視察外，本署亦於2019年8月分別與兩間醫院的代表會面。

1.7 2019年 11 月5日，本署將調查報告草擬本送交政府（即食衞局及衞生署）及醫管局
評論，並分別於2020年1 月3日及 14日獲政府及醫管局回覆。經考慮及適當納入其意見後，本署於 2020年7月7日完成這份報告。

2

2

低收費病床的規定

及提供情況

背景

2.1 本港的私家醫院大部分在數十年前興建。這些早年興建的醫院主要是政府透過私人協約方式批
出或售出政府土地予營運者

2。地契條款中所列要求，須按當時行政局（即行政會議的前身）批地條件的決定而
訂定。

2.2 根據行政局於 1957年4月的決定，日後以免地價或象徵式地價把政府土地批予非牟利
的私家醫院，須施加某些條款，包括規定有關醫院必須提供免費或低價病牀和服務，達到令當時的醫務衞生署署長滿意的程度。

2.3 1981 年3月，行政局就私家醫院的批地條款進一步訂立更具體的規定。根據行政局的決
定，政府以免地價或象徵式地價向非牟利醫院直接批地的條件，包括病床總數中須有不少於兩成的病床為低收費病床，行政局亦訂定了低收費病床的具體收費準則（見下文第2.7段）。

有關低收費病床的批地條款

2.4 審計署在2012年發表的審計報告

3中指出，政府早於1957年已通過政策決定，以私
人協約方式向私家醫院批地時須加入包括低收費病床在內的規定，並在 1981 年通過較詳細的條文。然而，在1957年後以免地價或象徵式地價向私家醫院直接批出的土地，並沒有貫徹地按行政局的決定，在地契條款中加入包括低收費病床在內的規定。該報告指出，由於未能找到相關的舊檔案，故難以追查在早年向部分私家醫院批地時未有加入有關規定的原因。

2.5 目前，全港 12間私家醫院中，有五間是全部或部分在以免地價或象徵式地價批出的私人協
約批地上營運。然而，當中只有兩間私家醫院（下稱「醫院甲」及「醫院乙」）的地契條款，有按照行政局的決定，加入了須提供低收費病床的規定。

2 一般而言，政府會以公開拍賣或招標方式出售政府土地，但有時亦會透過私人協約向非牟利機構批出政府土地作特別用途。

3 審計署署長報告《第59號報告書》第四章「批地供私家醫院發展」。

3

[illegible]

2.6 醫院甲所在的其中一幅批地於 1996 年 1 月獲政府以象徵式地價 1,000 元批出，有關地契將於 2047 年 6 月 30 日期滿。

2.7 有關批地的地契條款按照 1981 年行政局訂定的準則（上文第 **2.3** 段），就低收費病床訂明以下規定：

- *[illegible] 20% [illegible]*
- *[illegible]*（上文第 **1.2** 段，註 **1**）*[illegible] X [illegible]*
- *[illegible]*

[illegible]

2.8 於 1961 年批予醫院乙的已替換私人協約批地，地契內亦有條款要求承批人須提供免費或低收費病床服務。該批地契約於 2010 年 6 月由另一項新的私人協約批地所取代（即該院現時所在的地段）。當時政府以象徵式地價 1,000 元批出土地，地契將於 2060 年 6 月 17 日期滿。

2.9 就低收費病床而言，有關的地契條款只訂明以下規定：

- *[illegible]*

2.10 上述條款並無按照行政局 1981 年的決定，清楚訂明低收費病床的數目和有關收費的準則。直至 2013 年年初，政府因應上文第 **2.4** 段提及的審計報告所建議，去信醫院乙並要求該院按照 1981 年行政局訂定的準則（上文第 **2.7** 段），提供不少於 20% 的病床為低收費病床。

衞生署對私家醫院提供低收費病床的監察措施

2.11 衞生署負責監察兩間私家醫院提供低收費病床的情況，包括低收費病床的數目和收費，以確保醫院遵從地契條款的規定。如發現私家醫院違反地契條款的規定，衞生署會轉介地政總署跟進。

2.12 不過，審計署在上文第 **2.4** 段提及的審計報告中指出，低收費病床的規定一直以來未獲有效執行。其中，醫院甲坐落於有關批地的醫院大樓於 2002 年啟用，但該院直至 2008 年才開始提供低收費病床；至於醫院乙則在 2011 年才首次向衞生署報告該院已提供低收費病床。

2.13 在上述審計報告發表後，衞生署加強監察相關私家醫院有否遵從相關地契條款提供指定數目的低收費病床。目前，雖然地契條款並沒有就低收費病床的使用率訂定要求，但兩間私家醫院會按政府要求每月向衞生署提交低收費病床的使用報告，包括載列低收費病床在當月的使用率，以及低收費病床病人的帳單金額的統計資料等，以便衞生署監察兩間私家醫院提供低收費病床的情況。兩間私家醫院每半年亦須提交醫院收費表供衞生署參閱。

2.14 此外，衞生署分別自 2013 及 2014 年起，每年突擊巡查醫院甲和醫院乙提供低收費病床的情況。這些巡查專為檢視低收費病床而設，獨立於衞生署其他有關私家醫院發牌條件的巡查。

2.15 衞生署在巡查中會檢視低收費病床數目是否不少於病床總數的 20%，醫院有否通知病人有關低收費病床服務的安排，並提供足夠告示及單張。該署亦會抽查低收費病床病人的帳單，以確定每日基本住院收費及其他醫院收費符合地契條款的規定。

2.16 衞生署 2014 年至 2018 年就低收費病床的每年巡查數字列於圖表 **1**。該署表示，該些巡查的結果顯示，兩間醫院提供低收費病床服務符合地契條款的規定。

圖表 **1**：衞生署就低收費病床的巡查數字

年份	醫院甲巡查次數	醫院乙巡查次數
2014	2	1
2015	2	2
2016	2	2
2017	2	2
2018	2	3

兩間私家醫院提供低收費病床的情況

□□□□

2.17 兩間私家醫院均將其醫院大樓內的部分病床指定為低收費病床，並設置於某些指定的專科病房內。截至 2019 年 12 月，醫院甲及醫院乙分別提供 103 張及 61 張低收費病床。醫院甲和醫院乙提供低收費病床的具體情況，見圖表 **2** 和圖表 **3**。

圖表 **2**：醫院甲的低收費病床分布

位置	病房類別／床位數目	低收費病床數目

主座六樓 綜合病房（內科及外科）	八人房：12 間 一人房：2 間	98
主座四樓 血液透析病房	11 張床位	5
低收費病床總數		**103**
（受地契條款規限的相關地段內病床總數[4]）		**(514)**

圖片 **1**：醫院甲綜合病房的低收費病床（八人房）

圖表 **3**：醫院乙的低收費病床分布

位置	病房類別	低收費病床數目
舊翼三樓 綜合病房（內科及外科）	一人房：3 間 二人房：1 間 三人房：2 間 五人房：6 間[5]	37
新院（主座）大樓 12 樓 婦科病房	三人房：4 間	12
新院（主座）大樓 15 樓 外科病房	三人房：4 間	12
低收費病床總數		**61**
（受地契條款規限的相關地段內病床總數[6]）		**(304)**

[4] 醫院甲只有主座是位於 1996 年 1 月獲批的地段（上文第 **2.6** 段），受有關的地契條款所規限，須在該地段內病床總數中提供不少於 20% 的低收費病床。該院的其他大樓則並非位於該地段，故不受低收費病床的地契條款所規限。

[5] 其中一間 5 人房只設有一張低收費病床。

[6] 醫院乙全院（包括舊翼和新院（主座）大樓）均位於 2010 年獲批的地段（上文第 **2.8** 段），受有關的地契條款所規限。

圖片2：醫院乙新院大樓婦科病房的低收費病床（三人房）

圖片3：醫院乙舊翼綜合病房的低收費病床（三人房）

入住條件

2.18 病人入住兩間私家醫院的低收費病床，無須經入息或資產審查，但必須為香港永久性居民。

2.19 病人可經駐院醫生或私家醫生預約入住低收費病床。低收費病床亦可供接受日間手術或護理的

病人使用，但只限於須使用鎮靜或全身麻醉藥物後進行的手術。此外，醫院甲低收費病床亦提供血液透析服務。

2.20 兩間醫院低收費病床的詳細入住條款，載列於附件。其中，入住醫院甲的低收費病床的須為成年病人（即 18 歲或以上），住院日數一般以七天為限；醫院乙的入住條款則訂明病人須年滿 15 歲或以上，並無限制住院日數。

□□□□

2.21 醫院甲和醫院乙的低收費病床收費均須符合上文第 **2.7** 段所述之規定。

2.22 截至 2019 年 12 月，兩間私家醫院的基本住院收費均為每天 120 元（包括病床、膳食及一般服務），接受日間手術或護理的收費為 96 元，與公立醫院的住院收費相同；其他醫院費用則按規定以該院二等病房費用的半價計算。

2.23 須注意的是，上述基本住院收費及其他醫院費用，並不包括醫生費用，例如手術費、巡房費及麻醉費。換言之，入住低收費病床的病人，仍須全額負擔住院期間涉及的醫生費用。

2.24 此外，針對先進但費用高昂的療法和藥物，醫院甲和醫院乙分別於 2013 年和 2014 年徵得政府同意，設立昂貴項目收費機制。如低收費病床病人的治療涉及昂貴項目（包括藥物及非藥物項目）[7]，醫院可按機制收取有關項目的採購價連同合理幅度的行政費用（約 3%至 10%）。醫院每半年須向政府提交昂貴項目清單；如有新的昂貴項目，醫院須提交相關資料予政府審批。

2.25 圖表 **4** 及圖表 **5** 分別比較兩間私家醫院各類別病床的收費[8]：

圖表 **4**：醫院甲各病床類別的收費

項目	低收費病床	標準病房	半私家病房[9]
病床日租	住院：$120 日間護理／手術：$96	$560 至$750	$850 至$1,600
手術室[10]	$1,050 至 $6,980	$1,500 至 $9,970	$2,100 至 $13,960
化驗（腎臟功能測試）	$405	$580	$810
肺部 **X** 光檢查	$148	$210	$296

---

7 藥物項目包括單價港幣 1,000 元以上或被納入醫管局藥物名冊的特殊藥物／自費藥物。如藥物單價少於港幣 1,000 元，但藥物是用於治療嚴重疾病（例如癌症及免疫系統疾病）並需要長期服用有關藥物的病人，而每日劑量費用為港幣 1,000 元以上，衞生署會給予特別考慮和批核。非藥物項目包括單價為港幣 1,000 元以上的檢查／治療物料和植入儀器，或由第三者提供或租借的醫療儀器或服務。

8 截至 2019 年 8 月的資料。

9 醫院甲的半私家病房約等於二等病房。

10 醫院甲的手術室費用按不同手術項目而釐訂，此費用範圍僅包括常見手術之收費。

腦部磁力共振掃描（平掃描）	$3,850	$5,500	$7,700

圖表 **5**：醫院乙各病床類別的收費

項目	低收費病床	標準病房	二等病房
病床日租	住院：$120 日間護理／手術：$96	$550 至 $1,200	$1,600 至 $2,500
手術室[11]（**60** 分鐘）	$3,398	$4,530	$6,795
化驗（腎臟功能測試）	$666	$888	$1,332
肺部 **X** 光檢查	$203	$290	$406
腦部磁力共振掃描（平掃描）	$4,130	$5,900	$8,260

2.26 從圖表 **4** 及圖表 **5** 可見，不論醫院甲或醫院乙，低收費病床的每日病床租金，遠較其他類別病床為低；至於低收費病床的其他醫院費用，與該院最基本的標準病床相比，亦有大約七折優惠。

□□□□

平均帳單金額

2.27 兩間私家醫院每月須向衞生署提交病人使用低收費病床的帳單金額統計資料（上文第 **2.13** 段）。圖表 **6** 及圖表 **7** 載列醫院甲和醫院乙在 2019 年 5 月，平均每名低收費病床病人的帳單金額：

圖表 **6**：醫院甲低收費病床病人的帳單金額（**2019** 年 **5** 月）
平均住院日數：2.29 天

	每人帳單金額		
	平均金額	第 **25** 個百分點	第 **75** 個百分點
醫生費用	$10,074	$800	$16,500
醫院費用	$7,556	$3,137	$10,537
總金額	**$17,630**	**$3,937**	**$27,037**

圖表 **7**：醫院乙低收費病床病人的帳單金額（**2019** 年 **5** 月）
平均住院日數：2.6 天

	每人帳單金額		
	平均金額	第 **25** 個百分點	第 **75** 個百分點
醫生費用	$21,668	$4,350	$31,500

[11] 醫院乙的手術室按使用時間收費。

醫院費用	$20,151	$8,966	$16,462
總金額	**$41,819**	**$13,316**	**$47,962**

個案例子

2.28 本署檢視了部分低收費病床病人帳單。以其中一宗在 2018 年於醫院乙接受手術、留院三天的病人個案為例，有關的帳單金額如下：

圖表 **8**：醫院乙低收費病床病人的帳單例子

項目	金額	總金額
基本住院費用		
病床收費（3 天）		**$360**
其他醫院費用		
入院服務	$150	
非侵入性血壓	$1,035	
電腦掃描（胸部）	$6,790	
供應室物料	$328	
化驗費	$5,383	
心電圖	$300	
內窺鏡檢查	$4,794	
氧氣治療費	$128	
藥費	$1,788	
復甦室費	$270	
治療及有關物料費	$927	**$21,893**
醫生費用		
麻醉師	$3,000	
醫生診療費	$2,400	
手術費	$12,000	**$17,400**
帳單總額		**$39,653**

2.29 若以低收費病床的醫院收費為標準病房約七折作粗略推算，上文第 **2.28** 段所述的病人如果入住醫院乙舊翼的五人標準病房，他需要支付的帳單總額較使用低收費病床高出逾一萬元，約 27%（見圖表 **9**）。每宗個案的實際費用（包括醫院費用和醫生費用），需視乎個別情況而定。

圖表 **9**：入住低收費病床和標準病房的帳單比較例子

收費	低收費病床 (實際費用)	舊翼 **5** 人標準病房 (推算費用)
基本住院費用	$360	$1,650[12]
其他醫院費用	$21,893	$31,276[13]
醫生費用	$17,400	$17,400
帳單總額	**$39,653**	**$50,326**

以「套餐式收費」取代低收費病床的地契條款

2.30 行政會議於 2011 年 1 月通過日後政府有關批地興建新私家醫院的政策。根據有關政策，於政府預留土地發展的私家醫院必須符合一系列最低要求，包括提供套餐式服務（即以全包價格為病人提供服務），惟有關要求不再包括提供低收費病床。

2.31 政府表示，就現時需按地契條款提供低收費病床的私家醫院（即醫院甲和醫院乙），政府會根據行政會議於 2011 年 1 月通過的政策，於醫院擴建或重建時，與承批人商討透過修訂地契條款加入提供套餐式服務的條件，以取代現時有關低收費病床的規定。

2.32 現時有一間私家醫院須按與政府簽訂的服務契約提供套餐式服務。該院的服務契約條款規定，醫院每年須有不少於 51% 的住院病床日數是透過標準病床的套餐式服務收費形式，提供予本港居民；如違反服務契約的要求，政府會執行有關條款的罰則，包括要求醫院繳付款項彌償相關損失。

2.33 政府認為，病人如選擇使用私家醫院的低收費病床，縱使可以較廉宜的價格支付病床收費，但仍需就其他醫院費用和醫生費的部分繳付一定費用，總共所需的費用比公營醫院仍然高出不少，確實費用亦較難在入院前作預測。對於大部分因財政原因而選擇公營住院服務的病人而言，低收費病床的政策未能從財政上有效鼓勵他們由公營住院服務轉至私家醫院服務。

2.34 此外，政府表示，不少選擇私家醫院服務的病人均有保險保障；對他們而言，在選擇醫療服務時，只要保險的保障足以支付有關支出，價格水平並不一定是唯一的考慮因素，反而價格的確定性和收費透明度至關重要。推行套餐式服務可加強收費透明度，使病人能更準確地預算所需費用，從而為有能力使用私營醫療服務的人士提供誘因。相對低收費病床，套餐式服務能惠及更多市民。

2.35 除套餐式服務之外，政府表示，一直致力提高私家醫院的收費透明度，並推出自願醫保計劃，以鼓勵有能力的市民由公營住院服務轉至私家醫院服務。政府認為，透過套餐式服務、提高私家醫院的收費透明度及推行自願醫保，消費者可在有需要時更有信心選擇使用私營醫療服務，從而減輕公營醫療系統的長遠壓力。

---

12 醫院乙舊翼的 5 人標準病房日租為 550 元（2019 年 8 月收費），住院 3 天合共 1,650 元。

13 以低收費病床的醫院收費為標準病床約七折推算（$21,893÷0.7≈$31,276）。

3

[illegible]

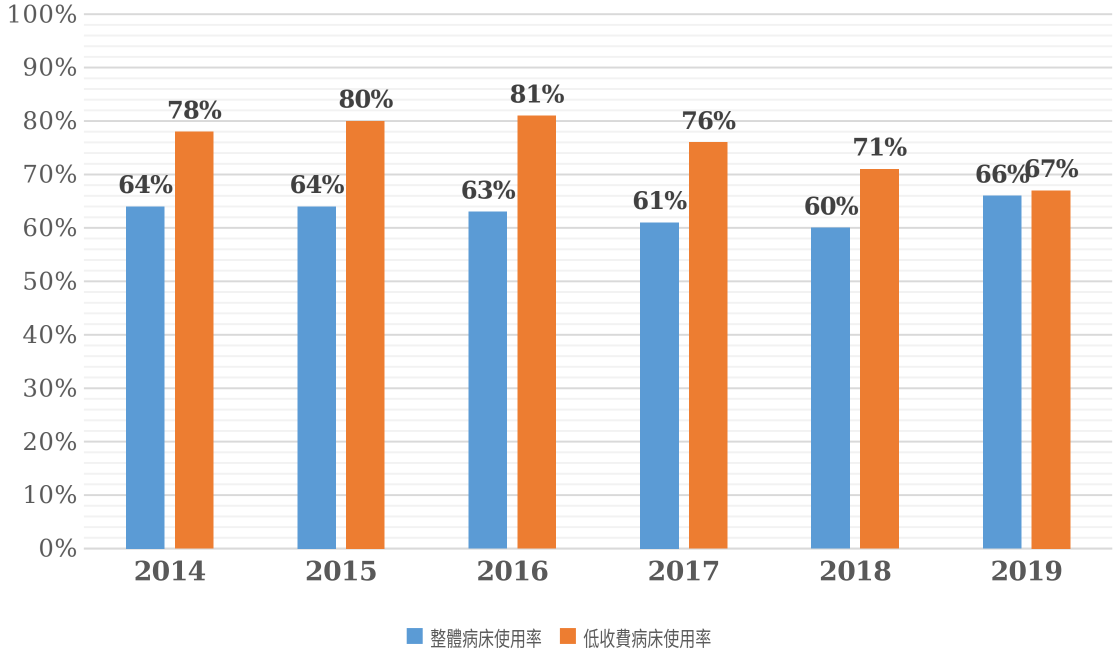
近年低收費病床的使用率

3.1 地契條款只規定私家醫院須提供足夠數目的低收費病床，但並無就低收費病床的使用率訂立要求。

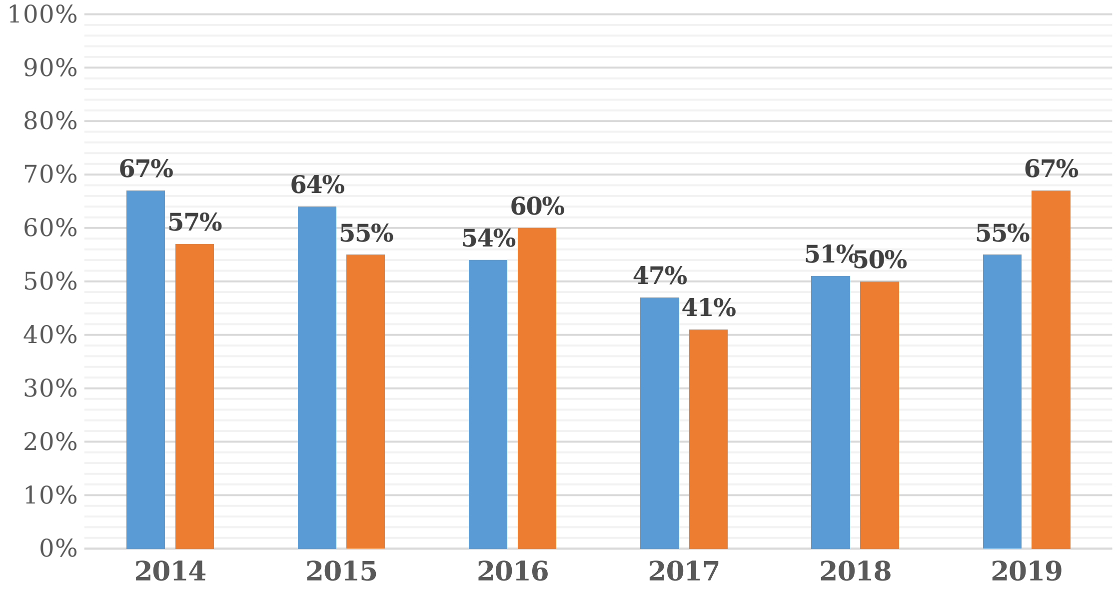
3.2 為監察兩間私家醫院是否已按地契條款規定提供足夠數目的低收費病床，政府會收集相關私家醫院低收費病床使用率的資料。雖然兩間私家醫院現行地契條款均未涵蓋低收費病床使用率的要求，但若發現使用率未如理想，政府仍會積極建議醫院檢視原因及提議改善方案和採取措施，並會觀察醫院執行有關方案的成效。

3.3 醫院甲和醫院乙在 2014 年至 2019 年期間，每年的低收費病床使用率和整體病床使用率，見圖表 **10** 及圖表 **11**。

圖表 **10**：醫院甲的低收費病床使用率



[illegible] **11** [illegible]



3.4 [illegible] 2014 [illegible] 2019 [illegible] **3.3** [illegible] **10**[illegible] 2014[illegible]2015[illegible]2017 [illegible] 2018 [illegible] **3.3** [illegible] **11**[illegible]

3.5 [illegible] 2019 [illegible]

[illegible]

3.6 [illegible] 2017 [illegible] 4 [illegible]

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible][14][illegible]

14 [illegible] 2016 [illegible] 9 [illegible] 2018 [illegible] 8 [illegible]

- 計劃設立更多日間手術套餐服務供入住低收費病床病人選用。

3.7 此外，醫院乙的低收費病床原本只接收外科病人。在政府提出並在醫院乙同意下，該院的低收費病床於 2017 年 8 月開始接收內科和婦科病人。由 2018 年 6 月起，醫院乙將入住低收費病床病人的年齡限制，由 18 歲或以上，放寬至 15 歲或以上。

病人拒絕入住低收費病床的原因

3.8 由於醫院乙的低收費病床使用率在 2014 至 2015 年期間均較該院整體病床使用率為低，因應政府的建議，醫院乙的病床預約中心由 2016 年 12 月開始統計病人拒絕入住低收費病床的宗數和原因，並將有關資料以統計資料形式納入每月呈交予政府的低收費病床使用報告內。

3.9 根據醫院乙提供給政府的統計資料，由 2016 年 12 月至 2017 年 11 月期間，該院病床預約中心主動提出安排低收費病床合共 3,151 次。然而，幾乎全數病人均拒絕有關安排，只有 4 名病人（佔 0.1%）接受安排。在政府積極建議醫院乙須採取措施提升低收費病床使用率後，有關情況稍有改善。但截至 2018 年 9 月，仍只有 6%病人在經院方簡介後願意入住低收費病床。

3.10 醫院乙的低收費病床自開設以來只設於舊翼，而根據該院的統計，絕大部分病人拒絕入住低收費病床的原因，是希望入住該院新院大樓的病房。有鑑於此，醫院乙應政府的建議，在 2018 年 10 月 15 日開始於新院大樓的外科病房和婦科病房提供低收費病床（上文第 **2.17** 段，圖表 **3**）。

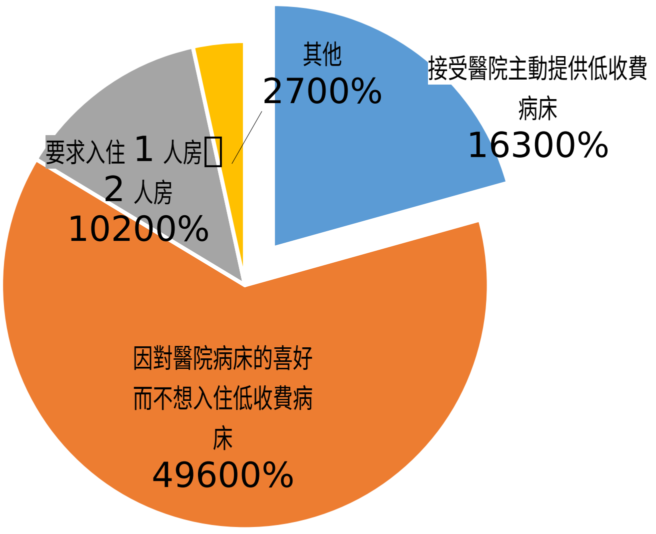
3.11 醫院乙在新院大樓增設低收費病床後，其使用率由 2018 年 10 月的 54%，上升至 2019 年 5 月的 77%；然而，值得留意的是，該院於 2019 年 5 月的統計資料顯示，仍然有近八成病人拒絕入住低收費病床[15]。

3.12 當中，約六成病人基於「對醫院病床的喜好」，而不想入住低收費病床；另有約一成病人獲醫療保險保障而要求入住一人房或二人房。至於其餘 3%個案的拒絕原因，包括病人需要入住的專科病房並無提供低收費病床，以及病人需要隔離治療。有關的統計結果，見圖表 **12**。

圖表 **12**：醫院乙主動提供低收費病床的統計（**2019** 年 **5** 月）

---

15 醫院乙的病床預約中心在 2019 年 5 月主動提供低收費病床的宗數為 788 宗，共有 625 名病人拒絕有關安排，佔個案總數約 80%。



3.13 政府表示，病人是否選用低收費病床須視乎個人意願，若病人已購買醫療保險，可按自己需求選擇不同等級的病床，這因素或會影響病人的選擇；此外，雖然低收費病床的收費較一般病床低，但病人仍須繳付一定費用。

3.14 據本署向私家醫院了解，有病人因擔憂會被標籤，或誤會低收費病床的設備和服務會較一般病床為差，而抗拒入住低收費病床，更曾有病人不滿醫院主動安排低收費病床，並要求改住非低收費病床。

3.15 另外，據私家醫院所稱，病人的臨床狀況亦影響院方能否向其提供低收費病床，若病人需要特別的醫療設備，而提供低收費病床的病房並無設置有關設備，則有關病人便不能入住該院的低收費病床。

就低收費病床的宣傳和推廣

3.16 衞生署表示，在巡查私家醫院的低收費病床服務時，會檢視醫院有否通知並提供足夠告示及單張通知病人有關低收費病床服務的安排（上文第 **2.15** 段）。

3.17 衞生署稱，在過往的巡查中，兩間私家醫院的候診大堂、入院部及相關樓層的護士站已張貼告示及擺放單張，告知病人低收費病床的入住條件及收費，並於入院部擺放相關服務的詳細收費表。此外，醫院

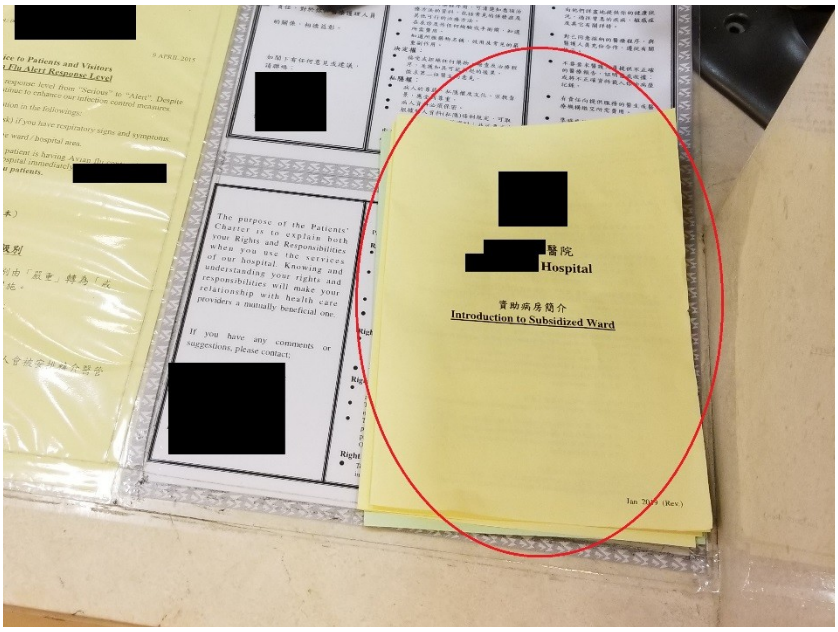
網頁亦上載了關於低收費病床的資料。

3.18 本署人員於2019年7月及8月曾到兩間私家醫院實地視察，有以下觀察所得：

醫院甲

3.19 醫院甲大堂的入院登記櫃位放有低收費病床的資料單張（見圖片4）；至於在告示板上張貼的收費表，雖然註明了該院設有「資助病房」（即設有低收費病床的病房），惟有關告示的字體細小，難以閱讀（見圖片5）。

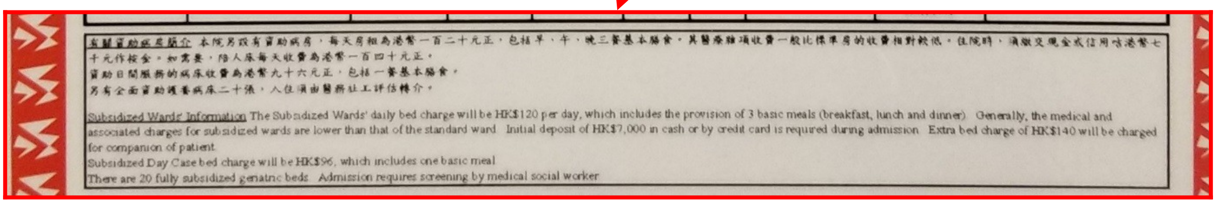
□□ 4□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□



[redacted]醫院
[redacted] Hospital
資助病房簡介
Introduction to Subsidized Ward

□□ 5□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□

告示板 NOTICE BOARD
Your Feedback on Our Hospital Services



有關資助病房簡介 本院另設有資助病房，每天房租為港幣一百二十元正，包括早、午、晚三餐基本膳食。其醫療雜項收費一般比標準房的收費相對較低。住院時，須繳交現金或信用咭港幣七千元作按金。如需要，陪人床每天收費為港幣一百四十元正。
資助日間服務的病床收費為港幣九十六元正，包括一餐基本膳食。
另有全面資助護養病床二十張，入住須由醫務社工評估轉介。
Subsidized Wards' Information The Subsidized Wards' daily bed charge will be HK$120 per day, which includes the provision of 3 basic meals (breakfast, lunch and dinner). Generally, the medical and associated charges for subsidized wards are lower than that of the standard ward. Initial deposit of HK$7,000 in cash or by credit card is required during admission. Extra bed charge of HK$140 will be charged for companion of patient.
Subsidized Day Case bed charge will be HK$96, which includes one basic meal.
There are 20 fully subsidized geriatric beds. Admission requires screening by medical social worker.

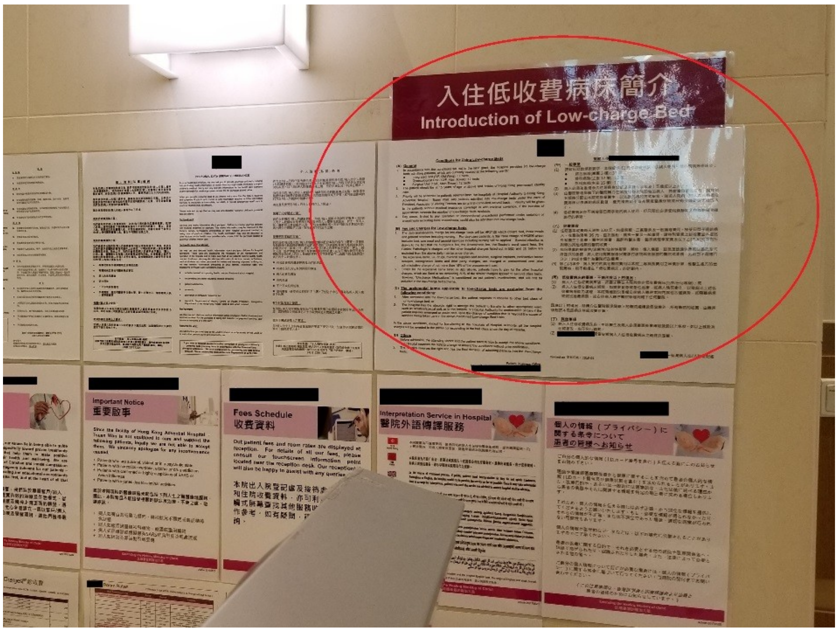
□□□

3.20 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□**6**□□□**7**□□**8**□□

□□**6**□□□□□□□□□□□□□□□□□□

有關入住
低收費病床之條款
Introduction on Low-charge Beds
入住低收費病床簡介

□□**7**□□□□□□□□□□□□□□□□


入住低收費病床簡介
Introduction of Low-charge Bed
Important Notice
重要啟事
Fees Schedule
收費資料
Interpretation Service in Hospital
醫院外語傳譯服務

[illegible] 8 [illegible]

[illegible]

3.21 [illegible] **3.17** [illegible][16][illegible]

3.22 [illegible]

[16] 2019 [illegible] 9 [illegible] 30 [illegible]

4

[illegible]

公立醫院轉介病人使用私營醫療服務的指引

4.1 醫管局於 2012 年參考廉政公署防貪指引，就轉介病人使用私營醫療服務制定了一般指引，提醒前線人員如何公平公正地轉介病人接受私營醫療服務。

4.2 此外，醫管局於 2014 年制定了既定程序，處理私營醫療機構提供低收費或有折扣臨床服務的安排。該局稱，根據有關機制，該局是否接納私營醫療機構提供以上所述服務時，會考慮病人的需要、涉及的資源，以及風險評估等因素。

4.3 醫管局表示，歡迎私營醫療機構提供低收費或有折扣的臨床服務予醫管局病人，但為避免引起潛在利益輸送的錯覺或誤會，及出現不公平的情況，該局不會作為宣傳平台主動推廣有關服務，只會提議服務提供者自行採取其他宣傳方法。

4.4 醫院甲和醫院乙曾分別去信不同聯網的公立醫院，邀請公立醫院轉介病人使用該院的低收費病床。其中，醫院乙的低收費病床入住條件更列明，醫管局轄下醫院轉介的病人會獲優先處理；該院於 2015 年 4 月及 2016 年 1 月曾再次發信邀請醫管局轉介病人。

4.5 醫管局確認個別公立醫院曾接獲上述的通知信，但該局表示，醫院甲和醫院乙向該局提供的低收費病床服務，屬於上述指引涵蓋的範圍，公立醫院職員只會在病人主動提出需要轉介的情況下，才會協助病人作出相關安排，職員不會主動向病人提出轉介。該局並無特別就私家醫院的低收費病床訂立恆常的轉介機制。

4.6 政府則表示，私家醫院去信通知公立醫院有關低收費病床服務，主要是作為其中一項推廣措施，將有關資訊告知希望使用私家醫院服務的市民，讓公立醫院病人有多一個選擇；至於病人是否入住則取決於其負擔能力及意願等因素，現時政府沒有收集公立醫院病人轉用私家醫院低收費病床的數字。

在流感高峰期轉介公立醫院病人使用低收費病床

□□□□□□□

4.7 上文第 **2.7** 段所述的地契條款訂明，衞生署可藉着與醫院甲和醫院乙訂立相互協議以使用低收費病床。

4.8 根據地政總署的《地政署指示》，衞生署署長及醫管局行政總裁可按地契條款使用低收費病床，但前提是使用該等病床的病人不得屬長期病患個案，及政府須支付該等病床的費用，而有關費用不得超出地契條款訂明款額。

4.9 政府表示，醫管局可因應個別情況，根據地契條款直接與兩間私家醫院就使用低收費病床訂立協議，包括何時啟動協議、適用的病人、轉送和收費安排等，政府會就有關協議是否符合相關地契條款的規定，向醫管局提供意見。

□□□□

4.10 雖然醫管局表示，不會主動轉介病人使用低收費病床（上文第 **4.3** 及 **4.5** 段），但該局於 2016 年與醫院甲簽訂為期五年的協議，當傳染病爆發時可轉介非傳染病的公立醫院病人使用低收費病床，並在 2017 至 2018 年期間與醫院甲就上述協議進一步簽訂附函[17]，將有關的轉介安排擴展至流感高峰期，以紓緩公立醫院在流感高峰期病床不敷應用的壓力。該局於 2018 年 1 月亦與醫院乙簽訂為期五年的轉介協議，在傳染病爆發期間或服務需求激增的情況下，轉介公立醫院病人入住該院的低收費病床。

4.11 根據有關協議，獲轉介的病人只須支付等同公立醫院的基本住院費用（即每天 120 元）（上文第 **1.2** 段，註 **1**），其餘費用全數由醫管局負責，有關費用按照低收費病床的收費準則計算（上文第 **2.7** 及 **2.22** 段）。醫管局負責繳付每位病人的費用上限為 45,000 元，當個案的費用達至上限的一半時，私家醫院必須知會醫管局並附上相關資料，醫管局會研究是否需要把病人轉回公立醫院。

4.12 私家醫院在指定的流感高峰期內須預留一定數目的低收費病床，以接收由醫管局轉介的病人。相關協議訂明，醫院甲須預留 48 張低收費病床，醫院乙則須預留該院的一半、即 30 張低收費病床。醫管局稱在運作上，兩間私家醫院同意醫管局於一天前預先通知醫院預留翌日的病床數目，讓有關醫院作出安排。

4.13 根據相關協議，醫管局在流感高峰期轉介的公立醫院病人須符合以下條件：

- 預計住院少於七日；
- 手術後處於康復期的病人；及／或骨科病例的病人；及／或非急性病例處於康復期的病人；及／或其他醫管局及私家醫院同意為狀態穩定的病人；

---

[17] 醫管局於 2017 年 7 月、2017 年 12 月及 2018 年 12 月與醫院甲就轉介協議簽訂附函（分別涵蓋 2017/18 夏季流感高峰期、2017/18 冬季流感高峰期和 2018/19 冬季流感高峰期）。

• 沒有任何活躍的傳染疾病及／或具傳染性的疾病；

• 病人不需要緊急或頻密的物理治療。

4.14 醫管局前線人員會甄選合適病人，在得到其同意後作出轉介安排。為免加重前線人員的工作量，該局並無要求前線人員記錄病人的轉介意向資料及其拒絕原因。

轉介數字

4.15 醫管局在過去的流感高峰期，轉介公立醫院病人入住醫院甲和醫院乙低收費病床的數字，見圖表13。

圖表 **13**：在流感高峰期獲轉介入住低收費病床的病人數字

流感高峰期	時期	醫院甲		醫院乙	
		轉介病人數目	住院日數	轉介病人數目	住院日數
2017 夏季流感	2017 年 7 月至 9 月	35	147	-	-
2017/18 冬季流感	2018 年 1 月至 4 月	24	103	1	7
2018/19 冬季流感	2019 年 1 月至 5 月	25	113	1	7
獲轉介的病人總數		**84**		**2**	
		86			

4.16 從圖表 **13** 可見，獲轉介入住低收費病床的公立醫院病人甚少，醫院甲在三次流感高峰期只接收了 24 至 35 名公立醫院病人，醫院乙在兩次流感高峰期合共更只接收了兩名病人，轉介數字寥寥無幾。

4.17 以 2017 年夏季流感高峰期為例，啟動協議的日期總共 41 天[18]，如以醫院甲預留 48 張低收費病床計算，合共可提供的病床日數為 1,968 天。換言之，如每名病人留院少於 7 天，醫院甲至少可接收 281 名公立醫院病人。不過，公立醫院最終只向醫院甲轉介了 35 名病人，住院日數共 147 天，僅佔醫院甲可提供的低收費病床日數約 7.5%。

4.18 兩間私家醫院均向本署反映，公立醫院的轉介數字遠遜預期，而由於院方按協議須預留一定數目的低收費病床接收轉介病人（上文第 **4.12** 段），惟實際的轉介數字偏低，導致院方在啟動有關的轉介協議期間，低收費病床的使用率較平日（非協議期間）更低。

4.19 圖表 **14** 和圖表 **15** 把私家醫院 2018 年 1 月至 4 月（即 2017/18 冬季流感高峰期轉介協議啟動期間）的低收費病床使用率，與 2017 年同期（沒有轉介協議）作比較。

圖表 **14**：醫院甲在 **2017** 年及 **2018** 年
1 月至 **4** 月的低收費病床使用率

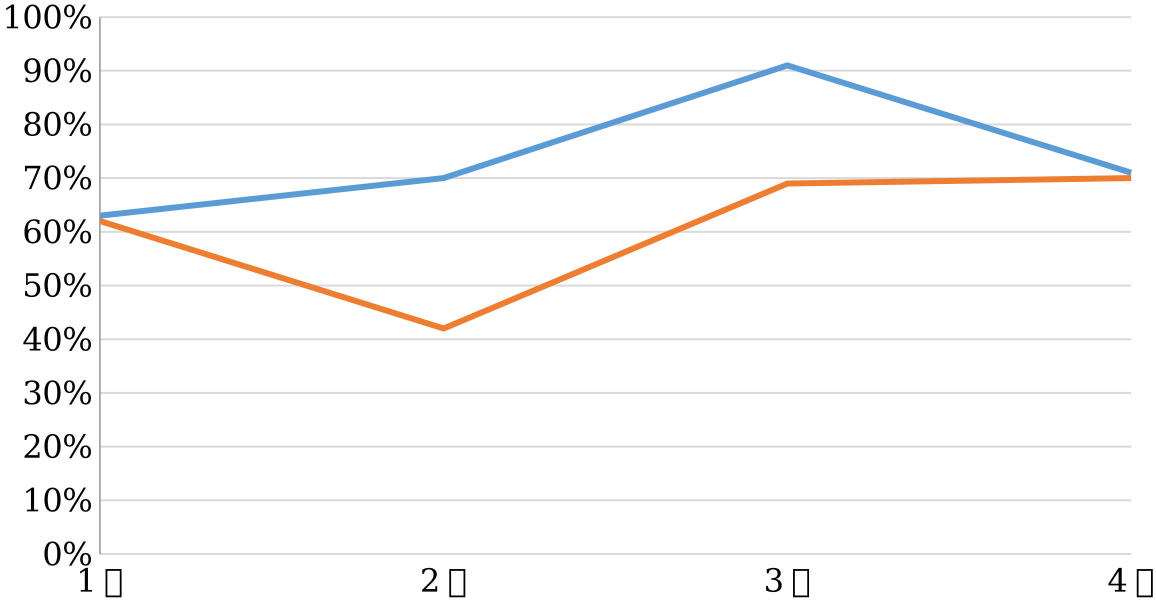
18 協議於 2017 年 7 月 26 日至 9 月 4 日啟動。

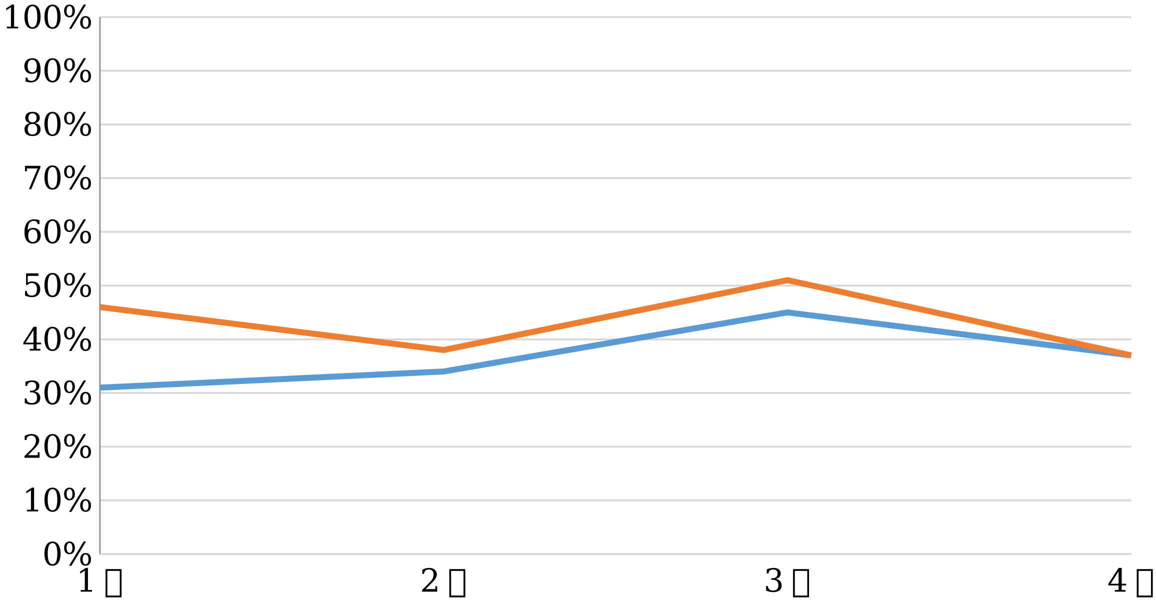
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
1月 2月 3月 4月

圖表 15：醫院乙在2017年及2018年 1 月至4月的低收費病床使用率
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
1月 2月 3月 4月

4.20 從圖表14和圖表 15可見，在2018年 1 月至4月、即2017/18冬季流感高峰期轉介協議期間，醫院甲的低收費病床使用率明顯較 2017年同期為低，而醫院乙則與2017年同期相若。

24





4.21 醫院乙表示，由於在2017/18冬季流感高峰期，該院僅接收一名病人，與醫管局商討
後，該院於2018/19冬季流感高峰期，只會在接獲公立醫院通知將會轉介的病人數目後，才調配足夠的低收費病床接收有關病人。

轉介數字偏低的原因

4.22 醫管局承認上述轉介協議成效不佳。該局解釋，是項轉介安排除了須獲病人同意之外，病人亦
須符合指定的臨床條件才獲得轉介（上文第4.13段）。

4.23 醫管局稱，為確保病人安全，相關的臨床轉介標準需較為嚴謹，以免有病人因臨床情況惡化而
被送回公立醫院，該局與私家醫院均同意情況穩定的病人才適合轉介；而前線人員在甄選期間發現大部份病人的臨床情況並不適合轉介。最終獲轉介的86名病人中（上文第4.15段，圖表13），有12名病人因病情惡化而須送回公立醫院治療。

4.24 醫管局進一步表示，雖然該局以應急及試驗性質盡量配合使用低收費病床，但公立醫院與私家
醫院提供的醫療服務模式有差異，需要跨專業及跨專科醫療服務的公立醫院病人一般不適合轉介至私家醫院。

改善轉介協議成效的措施

4.25 流感高峰期的轉介協議訂明了可獲轉介的病人須符合之條件（上文第4.13段），當中並
無就轉介病人的年齡訂立上限，惟醫院甲初期只接收70歲或以下的病人（醫院乙則沒設定年齡上限）。而本署收集公眾意見時（上文第 1.6段），有公立醫院前線醫生透露，在實際運作上，甄選病人作轉介的臨床準則甚為嚴格，致使可獲轉介的病人數目其實非常有限。

4.26 根據醫管局與醫院甲於2019年2月進行會議的記錄，曾經有病人於轉院當天被診斷心
律過慢，醫院甲基於未能確定有關病因，最終未有接收該名病人；另有病人於轉院當天因為發低燒而被取消轉介。

25

4.27 就此，醫管局表示，每次安排轉介病人前，均須與有關私家醫院作出緊密溝通，並確實得到雙
方同意才作轉介，故在過去的流感高峰期，並沒有私家醫院（包括醫院甲和醫院乙）拒絕接收公立醫院病人的個案。

4.28 醫管局於2018年9月至2019年2月期間，曾與醫院甲進行兩次會議，商討可否
擴闊臨床標準讓更多病人受惠，並令前線人員在甄選病人時較有彈性。

4.29 根據有關的會議記錄，雙方同意放寬轉介病人的準則，包括：取消 70歲以上的年齡上限、
加開物理治療時段、可轉介心律過慢的穩定個案等；臥床個案如只涉及基本護理服務（如更換尿片）亦可被轉介。雙方於2019年3月進一步同意將轉介安排擴展到復康醫院病人。

4.30 另一方面，醫管局和醫院甲在上述會議中亦確認部分轉介病人的臨床準則限制，例如所有發燒
個案應先確定發燒原因才可作轉介；此外，由於私家醫院不能對病人作身體約束，故有騷擾行為（如叫嚷、遊走）的認知障礙症病人亦不應被轉介。

轉介所需的人手和行政安排

4.31 根據本署收集到的公眾意見，有公立醫院前線人員向本署反映，院方負責甄選合適病人作出轉
介的人手並不足夠，醫院在周末時更是沒有職員進行甄選。而在獲得病人同意轉介後，私家醫院亦要求公立醫院填交多份表格，涉及的行政和文書工作繁重。

4.32 醫管局回應稱，公立醫院會安排前線人員負責甄選工作，由於私家醫院在周六及周日沒有聯絡
員處理轉介事宜，公立醫院的甄選工作會安排在周一至周五進行。該局表示，每次甄選過程包括揀選合適個案、向病人及其親屬解釋細節、預備有關文件（包括病人出院病歷摘要、轉介表格和病人同意書）、與私家醫院作轉介前的溝通、安排非緊急救護車接送和出院後的跟進。

4.33 就可否簡化轉介病人的行政程序，醫管局表示，為確保病人安全，轉介過程必須謹慎處理，而
前線人員須用上不少時間甄選合適病人，並向病人解釋細節。前線人員與病人的溝通是必不可少，有助病人決定是否接受轉介。

公立醫院善用低收費病床的其他可行措施

4.34 醫院甲和醫院乙與本署會面時均表示，院方歡迎醫管局轉介正在輪候接受治療的公立醫院病人
入住該院的低收費病床，由該院向有關病人提供醫療服務。事實上，為鼓勵市民使用私營醫療服務，政府和醫管局近年推行多項公私營協作項目，資助合資格的病人在私營醫療機構接受治療，大腸癌篩查計劃便是其中一個例子。

4.35 就可否利用低收費病床推行公私營協作項目，醫管局表示，目前的公私營協作項目中，病人大多數是屬於單次治療、長期病患或偶發性疾病的非住院病人，或是需要長期住院的療養服務病人，他們均不適合轉介到私家醫院的低收費病床。

4.36 醫管局表示，流感高峰期的轉介安排事倍功半，成效不佳，公立醫院花費大量人力物力甄選病人，令前線醫護人員的工作量百上加斤，惟最終適合並同意轉介的病人極少，不符成本效益。

4.37 醫管局強調，有效使用低收費病床乃私家醫院的責任，這方面的監管並不屬醫管局的權責。該局在考慮能否配合衞生署和私家醫院更廣泛地利用低收費病床時，關鍵在於有關安排是否普遍適用於公立醫院病人，考慮因素包括運作可行性、病人治療的安全和成效、病人是否接受，以及有關安排能否有效紓緩公營醫療體系的壓力。

4.38 醫管局重申，公立醫院與私家醫院提供醫療服務的運作模式有很大差異，私家醫院只接收非慢性長期病患者，住院日數亦有限制，而公立醫院病人則多患慢性長期疾病；根據在流感高峰期轉介病人的經驗，前線人員甄選病人涉及不少醫療專業行政工作及時間處理，而大部份病人並不適合轉介，過去亦有病人因病情惡化而須送回公立醫院，令病人承受不必要的舟車勞頓之苦，亦加重前線人員的日常負擔。因此，該局認為並不適合就低收費病床制定恆常轉介機制。

5

本署的評論及建議

緒言

5.1 兩間私家醫院獲政府以 1,000元的象徵式地價批地發展醫院，相關的地契條款加入低收
費病床的規定，用意是私家醫院以優惠地價獲批土地的同時，需要承擔某程度的社會責任，回饋有需要的病人。

5.2 事實上，政府一直積極推動私營醫院發展，鼓勵有能力負擔的市民使用私營醫療服務，以紓緩
公立醫院的壓力。私家醫院的低收費病床可提供誘因，吸引部分負擔能力較高的市民使用私營醫療服務，公立醫院騰出的服務空間便能惠及更多基層巿民。

5.3 截至2019年 12月，兩間私家醫院合共提供 164張低收費病床。雖然病床數目驟眼
看來並不多，但若以每名病人平均住院2至4天，而入住率約八成計算，低收費病床一年最多可服務大概 1.2 萬至2.4萬人次。低收費病床如能加以善用，應有助減輕整體醫療系統的負擔，也配合政府鼓勵市民使用私營醫療服務的政策方向（上文第5.2段）。

5.4 然而，在審計署於2012年發表審計報告之前，要求醫院甲和醫院乙必須提供低收費病床
的地契條款規定未獲有效執行（上文第2.12段）。據審計報告披露，醫院甲在2008年的低收費病床使用率僅為 1%，在2009至2011 年期間則介乎23% 與45% 之間。

5.5 本署欣見，政府其後加強監管兩間私家醫院有否按地契條款提供低收費病床，並同時積極建議
有關醫院採取一系列措施以提升其低收費病床的使用率（上文第2.13至2.16段）。到了2017 年，政府進一步要求醫院乙採取措施改善低收費病床的使用率，包括放寬病人年齡限制及在新院大樓提供低收費病床（上文第3.7及3.10段）。

5.6 從圖表 10及圖表11（上文第3.3段）可見，兩間醫院於2014至2019年
間的低收費病床使用率，已較審計報告發表之前大幅提升（上文第5.4段）。本署對政府的正面態度及所付出的努力予以肯定和讚賞。

5.7 縱然如此，今次主動調查發現，政府當局在推廣低收費病床的使用上，仍有可優化之處。此外，
今次調查亦揭示，醫管局在流感高峰期與兩間私家醫院就低收費病床的轉介安排，成效有欠理想。

5.8 總括而言，本署有以下的觀察和評論：

（一） 政府應繼續觀察並重新檢視低收費病床的政策

5.9 政府表示，由於兩間私家醫院的地契條款並無界定低收費病床的使用條件（包括使用率），以
致有關低收費病床的規定難以執行；加上過往低收費病床的提供未能有效鼓勵市民由公營住院服務轉至私家醫院服務，政府在充分考慮及檢討低收費病床的政策後，於2011 年 1 月決定，日後與各私家醫院的批地契約續期時，將會引入套餐式服務以取代提供低收費病床的規定（上文第2.30至2.35段）。

5.10 然而，對於政府上段所述，本署須指出，行政會議於2011 年 1 月作出上述決定時，低
收費病床的規定根本未獲有效執行，當時低收費病床的使用率十分低，成效存疑；但在審計署於 2012年發表相關報告後，當局加強執行有關規定，現時低收費病床的使用情況相對於 2011 年或以前經已有大幅改善（上文第5.4至5.6段）。醫院甲和醫院乙的相關地契分別於2047年6月和2060年6月才期滿（上文第2.6及2.8段），距今仍有數十年之久。本署認為，在相關地契期滿之前，值得政府重新檢視低收費病床的政策。

5.11 縱使政府強調提供低收費病床對於疏導公立醫院的病人往私家醫院的成效極為有限，但本署認
為，低收費病床仍有其可取之處，不但可吸引部分負擔能力較高的市民轉為使用私營醫療服務，醫管局亦可在有需要時利用有關機制以紓緩公立醫院住院服務的負荷。再者，低收費病床的規定亦轉達了有關私家醫院以優惠地價獲批土地後，須承擔社會責任的訊息。縱使食衞局和衞生署稱低收費病床的規定難以執行，但當政府加強執行有關規定後，低收費病床的使用率隨即明顯改善。事實上，兩間私家醫院一直作出配合，採取措施以改善有關病床的使用率（上文第5.5至5.6段），這正好反映有關規定並非無法有效地執行。

5.12 低收費病床固然不能被視之為改善公私營醫療失衡的靈丹妙藥，但低收費病床的政策無疑可為
有能力使用私營醫療服務的市民提供額外誘因，與政府近年推出的套餐式服務和自願醫保政策，其實並無抵觸，甚至可謂相輔相成。套餐式服務和低收費病床的規定，兩者其實並不相悖，政府並無必要二擇其一，例如私家醫院可以在低收費病床提供較便宜的套餐式服務。

5.13 雖然政府表示，低收費病床未能在財政上吸引病人由公立醫院轉而使用私家醫院服務（上文第
2.33段），但本署須指出，不論低收費病床抑或套餐式服務，收費均必然遠高於公立醫院，兩者的直接對象其實均非基層市民，而是一些負擔能力較高的市民，鼓勵他們使用私營醫院服務，公立醫院騰出的資源便可服務更多基層市民。即使病人有購買醫療保險，保險保障一般亦設有上限，倘若入住低收費病床，令其保險保障足以涵蓋大部分收費，亦會令有關病人更願意選擇入住私家醫院。

5.14 鑑於以上所述，本署認為，低收費病床確實有其可取之處，而套餐式服務仍在起步階段，既然
兩間私家醫院直至相關地契期滿之前（至少還有二十多年），仍須提供低收費病床，政府在現階段應繼續密切觀察低收費病床的使用情況，積極檢視如何可更有效地善用低收費病床，並在未來檢視套餐式服務政策時，按照當時情況，重新檢視低收費病床政策。

（二） 醫管局應善用低收費病床分流病人至私營醫療系統

5.15 現時，香港的公營及私營醫療系統嚴重失衡，超過九成的住院服務由醫管局轄下的公立醫院提
供，而私營醫療系統只服務餘下一成的病人。公立醫院的負擔之重，已是不言而喻，每逢流感高峰期，公立醫院病床爆滿的情況更是屢見不鮮。

5.16 近年來，政府為改善公、私營醫療服務需求失衡的情況，一直鼓勵有負擔能力的市民使用私營
醫療服務。本署認為，政府推行低收費病床的目的之一，應是配合政府鼓勵市民使用私營醫療服務的一貫政策，以紓緩公立醫院長期以來的壓力。醫院甲和醫院乙的低收費病床使用率最高約七至八成，仍有剩餘空間接收公立醫院的病人。

5.17 本署同意，監察和改善低收費病床的使用情況並非醫管局的責任（上文第4.37段）。然
而，醫管局如能善用低收費病床，不但可減輕公立醫院的壓力，騰出的資源更可服務有需要的病人。本署認為，醫管局與醫院甲和醫院乙簽訂協議，在流感高峰期轉介病人入住低收費病床（上文第4.10段），是一項方向正確且具積極意義的嘗試。是次主動調查發現，醫管局在利用低收費病床分流病人至私營醫療系統的做法上，有以下可予改善之處：

(1) 應針對流感高峰期的轉介協議成效不彰的問題採取措施

5.18 資料顯示，醫管局在流感高峰期的轉介安排成效不彰，獲轉介的病人寥寥可數，其中醫院乙在
先後兩次的流感高峰期，合共只接收了兩名公立醫院病人（上文第4.15段，圖表13）。更甚的是，兩間私家醫院按協議規定，須預留一定數目的低收費病床準備接收公立醫院病人，但轉介數字甚低，導致大量低收費病床閒置，可謂適得其反，醫院甲在轉介協議啟動期間，低收費病床使用率的確較前一年同期為低（上文第4.18至4.20段）。

5.19 對於轉介數字偏低，醫管局解釋，為確保病人安全，臨床轉介標準需較為嚴謹，該局和私家醫
院均同意，情況穩定的病人才適合轉介，而過往前線人員在甄選期間發現大部分病人並不適合轉介（上文第 4.22 至4.24段）。資料顯示，即使目前公立醫院主要甄選處於康復期或狀態穩定的個案作轉介（上文第4.13段），惟最終被轉介的86名病人當中，仍有 12人因病情惡化而須送回公立醫院接受治療（上文第4.23段）。

5.20 本署認為，醫管局在過去三次的流感高峰期轉介安排，成效均不理想，醫管局有需要檢討箇中
原因，並重新檢視目前的轉介安排，以提高其效益。

研究放寬轉介病人的限制

5.21 醫管局表示，入住公立醫院的病人大部分是患慢性長期疾病的長者，而在流感高峰期需留院接
受治療的，大多為內外科病人。這些病人因身體不適到公立醫院急症室求診後，醫生需花時間進行詳細檢查、化驗、放射造影等醫療程序，並根據對病人的臨床觀察以確定病因，然後對症下藥。因此，公立醫院難以在病人入院初期便甄選及轉介他們入住私家醫院低收費病床。

5.22 本署理解，公立醫院在流感高峰期時，承受壓力的主要是內外科病房，但如上段所述，醫管局
要甄選內外科急症個案作轉介，確實有一定難度。另一方面，據本署了解，部分內外科病人在病情穩定後，需要轉至療養康復科等其他科目的病床，接受延續護理或其他治療。因此，本署認為，醫管局可研究放寬轉介病人的限制（包括現時七天的住院日數限制），將療養康復科等其他科目的病人納入可作轉介之列，以便騰空有關床位接收更多內外科病人，加快病床流轉，從而紓緩內外科病房的壓力。

改善和簡化轉介病人的行政工作

5.23 有公立醫院醫生透露甄選病人的人手不足，加上轉介病人的行政工作繁重，故只能在周一至周
五甄選病人作轉介（上文第4.31段）。本署認為，轉介安排原意是減輕公立醫院在流感高峰期時的負擔，倘若相關行政工作流於繁複，不但本末倒置，亦降低了前線人員主動轉介病人的動力。

5.24 因此，醫管局應研究如何精簡目前甄選病人的行政安排，盡量簡化相關的行政工作。此外，為
避免浪費私家醫院在轉介協議期間預留的低收費病床，醫管局應與兩間私家醫院研究改善預留病床的要求，令有關安排更具彈性。

考慮將轉介安排恆常化

5.25 現時，除了在流感高峰期之外，醫管局並未設立恆常機制主動轉介病人使用私家醫院的低收費
病床（上文第4.5段）。就此，醫管局表示，根據該局在流感高峰期轉介病人的經驗，甄選病人涉及不少醫療專業行政工作，最終大部分病人的臨床情況並不適合轉介，令轉介的工作不符成本效益（上文第4.36至 4.38段）。

5.26 然而，正如本署於上文第5.20至5.24段所述，醫管局應該檢討並改善轉介安排的成
效、簡化行政工作，而非因噎廢食。另一方面，本署亦理解醫護人員於流感高峰期的臨床工作十分繁重，未必可騰出時間處理甄選和轉介病人的工作。有鑑於此，本署認為，醫管局可視乎日後的轉介成效，積極研究將轉介安排恆常化，在流感高峰期以外的時間轉介病人，既可避免在公立醫院的壓力迫在眉睫之時才啟動轉介安排，而醫護人員在非繁忙時期有較多時間安排轉介病人，亦可藉此累積甄選及轉介病人使用低收費病床的經驗，有望改善整體的轉介成效。

(2) 醫管局應探討更多可行方法善用低收費病床

5.27 本署認為，為改善目前公私營醫療失衡的情況，醫管局應與兩間私家醫院進一步探討其他可行
措施，善用低收費病床以分流公立醫院的病人。

研究如何吸引正在輪候接受治療的公立醫院病人轉用低收費病床

5.28 醫管局指，公立醫院較多患慢性／長期疾病的病人，他們住院日數較長，需要跨專業及跨專科
醫療服務，故通常不適合轉介至低收費病床（上文第4.38段），但事實上，公立醫院也有不少非慢性／長期病患者，例如正輪候入院進行單次手術之病人。

5.29 雖然醫管局表示，公立醫院在流感高峰期會盡量減少一些已預約入院接受治療的病人約期，以
便騰出更多人手和資源應付因急症入院的病人，但流感高峰期一般數以月計，公立醫院難以完全停止處理這類病人，何況公立醫院在流感高峰期過後，仍需要重新跟進這些累積下來的個案。因此，本署認為，值得研究如何吸引這類非危急，病情相對穩定的病人使用低收費病床以進行所須的手術。

5.30 本署建議，醫管局可與兩間私家醫院磋商，研究如何吸引一些經已預約、正輪候入院接受治療
的病人，轉為使用私家醫院的低收費病床，以紓緩公立醫院的壓力。例如，私家醫院可向轉為使用低收費病床的公立醫院病人提供額外優惠，或特別提供一些較便宜的套餐式收費服務等。

5.31 雖然低收費病床所涉費用仍遠高於公立醫院，但對於有負擔能力的病人而言，入住低收費病床
可以較低的費用於私家醫院接受治療，既免卻繼續輪候，亦可在較低密度的環境治病，對病人而言無疑具吸引力，公立醫院亦可減輕其整體負擔，可謂各得其所。

探討透過公私營協作模式轉介病人使用低收費病床

5.32 目前，醫院乙利用低收費病床接收「大腸癌篩查先導計劃」的受資助人士（上文第3.6
段），該計劃屬於衞生署公私營協作計劃。本署認為，醫管局可按公立醫院的服務需求，積極探討在哪些住院項目上，可透過類似的公私營協作模式，資助並轉介病人入住低收費病床，並由私家醫院提供治療。

5.33 醫管局指，該局目前的公私營協作項目主要涵蓋非住院或療養病人（上文第4.35段），
故該局認為該些協作項目並沒有需要使用低收費病床。儘管如此，據悉，醫管局在其他公私營協作項目亦會向病人提供資助。本署認為，倘若透過低收費病床推行公私營協作，或可以降低該局的資助成本。而兩間私家醫院均已表明，歡迎醫管局轉介個案入住低收費病床（上文第4.34段）。

5.34 至於醫管局憂慮，如主動推廣私營醫療服務會引起潛在利益輸送的錯覺或誤會（上文第4.3
段），本署認為，倘若該局訂立透明機制，並向前線人員提供清晰指引，理應可釋除公眾疑慮。何況，是否入住低收費病床，病人有最終的自主權。長遠而言，醫管局更可邀請其他私家醫院參與不同模式的合作計劃，互相競爭，由病人自行選擇。

（三） 政府應探討如何加強推廣低收費病床

5.35 本署於2019年7月向公眾宣布就此課題展開主動調查後，公眾輿論顯示有不少市民及
私家醫生均不知道有低收費病床服務。本署認為，政府在推廣低收費病床和進一步改善其使用率上，有以下可予提升之處：

(1) 加強向公立醫院病人推廣低收費病床

5.36 衞生署表示，作為監管私家醫院及協助執行地契條款的政府機構，衞生署不應協助私家醫院宣
傳或推廣醫院服務（包括低收費病床服務），以免與其監管角色有所衝突，及使公眾混淆衞生署的規管角色。對此，本署須指出，低收費病床的提供，是因應政府以優惠地價批出土地給兩間私家醫院而衍生出來的，無疑涉及公共資源，有別於一般私營機構提供的商品及服務。因此，政府應該就低收費病床向市民提供充足資訊。

5.37 雖然衞生署在巡查時會檢視私家醫院有否通知病人有關低收費病床服務的安排（上文第
3.16段），但私家醫院的接觸面大部分為本身已計劃入住該院的病人，而相對較少觸及一些本來未有考慮私營醫療服務的病人。本署認為，政府可利用各種渠道，加強向公眾推廣低收費病床，例如透過醫管局在公立醫院張貼宣傳海報和告示，告知公立醫院病人有關低收費病床的資訊。政府亦應積極研究其他方法，增加低收費病床的吸引力，以鼓勵更多負擔能力較高的病人轉用私營醫療服務，例如建議私家醫院利用低收費病床提供價格較優惠的套餐式服務。

(2) 鼓勵醫院乙增加在新院大樓低收費病床的數目

5.38 病人是否選擇低收費病床，固然有其各自的考慮因素，但一般而言，既然低收費病床的規格與
一般的標準病房相同，服務亦無分別，病人理應較傾向選擇收費較便宜的低收費病床。不過，醫院乙在 2014 至2019年期間，六年中有四年的低收費病床使用率均較該院整體病床的使用率為低（上文第 3.3段，圖表11）。

5.39 醫院乙的低收費病床自開設以來只設於舊翼，而事實上大部分病人拒絕入住低收費病床的原因，
是希望入住該院新院大樓的病房。雖然醫院乙已應政府的建議，在 2018年開始於新院大樓的外科病房和婦科病房提供低收費病床，惟大部分的低收費病床仍設於舊翼，這會減低病人使用醫院乙低收費病床的意欲。

5.40 本署認為，政府可與醫院乙商討在該院新院大樓的病房進一步增加低收費病床的數目，以吸引
更多病人使用該院的低收費病床。

(3) 建議私家醫院進一步推廣及優化低收費病床的提供

5.41 兩間私家醫院均有在其大樓內提供低收費病床資訊，但本署發現，醫院甲的相關告示字體甚為
細小，難以閱讀（上文第3.19段，圖片5），而兩間私家醫院的網站首頁亦未有顯示低收費病床的資訊（上文第3.21至3.22段）。本署認為，政府應與私家醫院商討，以探討加強在其網站和其他渠道宣傳低收費病床的可行性，例如仿效停車場的做法，在醫院大堂實時顯示低收費病床的空置數目，以及定期公布低收費病床的使用情況。

5.42 另一方面，部分病人因擔憂會被標籤或誤會低收費病床的設備和服務會較一般病床為差，而抗
拒入住低收費病床（上文第3.14段）。醫院乙在大樓內的指示牌更會明確標示哪間病房設有低收費病床（上文第3.20段，圖片8）。本署認為，政府應建議私家醫院設法消除低收費病床可引致的誤解和負面觀感，例如清楚解釋低收費病床的規格和服務與一般病床無異，及改用比較正面的名稱（如優惠病床）。

5.43 此外，私家醫生經常會轉介病人入院（不論是公立醫院或私家醫院）。因此，除了針對病人作
宣傳推廣之外，私家醫院可定期向全港私家醫生發放有關低收費病床服務的資訊，提醒醫生可直接向需要入院的病人提供低收費病床資料，讓病人自行選擇是否入住有關病床。

建議

5.44 鑑於以上所述，本署對食衞局、衞生署和醫管局有以下建議：

食衞局和衞生署

(1) 觀察低收費病床的使用情況，積極檢視如何可更有效地善用低收費病床，並在未來檢
視套餐式服務政策時重新檢視低收費病床政策（上文第5.14段）；

(2) 主動利用各種渠道，加強向公眾推廣低收費病床，包括在公立醫院張貼海報和告示
（上文第5.37段）；

(3) 積極研究如何增加低收費病床的吸引力，例如建議私家醫院利用低收費病床提供價錢
較優惠的套餐式服務（上文第5.37段）；

(4) 與醫院乙商討在該院新院大樓的病房進一步增加低收費病床的數目（上文第5.40
段）；

(5) 建議私家醫院加強宣傳低收費病床，例如定期通知私家醫生有關低收費病床的安排，
及設法消除低收費病床可引致的誤解和負面觀感（上文第5.41至5.43段）；

□□□

(6) 檢討流感高峰期轉介安排成效欠佳的原因，並重新檢視目前的轉介安排，以提高轉介安排的效益（例如放寬轉介病人限制及簡化相關的行政工作）（上文第 **5.20** 至 **5.24** 段）；

(7) 改善在流感高峰期轉介協議期間低收費病床的預留安排，避免浪費（上文第 **5.18** 及 **5.24** 段）；

(8) 視乎日後的轉介成效，積極研究將流感高峰期的轉介安排恆常化（上文第 **5.26** 段）；

(9) 與兩間私家醫院探討其他可行措施，善用低收費病床分流公立醫院的病人，例如研究如何吸引經已預約入院接受治療的公立醫院病人選擇入住低收費病床，以及探討透過公私營協作的模式轉介病人使用低收費病床（上文第 **5.27** 至 **5.34** 段）。

鳴謝

5.45 本署調查期間，食衞局、衞生署、醫管局和涉及的兩間私家醫院（即醫院甲和醫院乙）均予以配合，申訴專員謹此致謝。

申訴專員公署

檔案：**OMB/DI/433**

2020 年 **7** 月

□1□□□□□□□□□□□□□□□

有關入住[redacted]資助病房之條款

1. 按政府批地條款要求，[redacted]醫院現提供103張資助病床，讓有需要病人入住以接受***非緊急***檢查及治療，包括一般內科及外科治療。資助病房並非為長期病患而設。
2. 一般情況下，病人入住資助病房以七天為限，以增加病人使用的流動性。
3. 資助病房亦可供對病床有確實需要之日間護理病人使用，但只限於血液透析(洗腎)及須使用鎮靜/全身麻醉藥物後進行的入侵性治療等。
4. 病人必須為香港永久性居民身份証之持有人，方合符資格入住。
5. 以下病人不符合入住資格
   - 需接受緊急、或急性治療之病人
   - 病人的內科或外科病情需特別/急性的護理和監察，以及需入住獨立病房之病人
   - 治療有違天主教教義
   - 未成年的病人
6. 收費
   a) 住院基本收費每天港幣$120，包括房租、三餐膳食及護理費用。(註:若病人只接受日間護理，收費每天港幣$96，與醫院管理局轄下醫院相同。)
   b) 部份昂貴的檢查性/治療性/放射性服務、藥物、植入儀器、設施、以及服務非本院所有，乃透過供應商以委託形式提供。為釋除病人疑慮，病人使用有關服務只需支付該物料或服務的醫院成本價。
   c) 除b項外，病人支付的其他費用以本院二等病房費用之半價計算。
   d) 病人入住資助病房後，如需轉往隔離病房或特別治療病房，所有於該等病房的收費，以本院該等房收費計算。
   e) 病人入住資助病房後，如要求轉往本院其他等級病房，所有醫院及醫生收費由轉房後起以該病房等級收費計算。
7. 病人入住資助病房期間，如需緊急或急性治療，或病人情況變化，以致超出資助病房能力處理，本院有絕對決定權安排病人轉往本院內其他合適病房，或安排病人轉往醫管局轄下任何醫院，而有關資助病房的優惠不再適用。
8. 資助病房主要為經濟能力有需要之病人而設，例如沒有購買醫療保險 或 只有少額醫療保險者。若資助病房滿額，會優先接受該類病人入住。
9. 病人入住資助病房前，主診醫生及病人必須書面簽署確認接受以上條款。如以上條款有任何更改，恕不另行通知。
10. [redacted]醫院保留安排病人入住資助病房之最終決定權。

[redacted]
入院部

Patient's Label

本人________________________同意入住資助病房，並確認接受上述之條款。

病人/家屬簽署:__________________________

日期:__________________________

[illegible]2[illegible]

(甲) 一般事項

(1) 按政府批地條款要求，本院提供 61 張低收費病床，供病人使用。低收費病床現設於：
- 綜合病房(舊翼 3 樓)　: 37 張
- 婦科病房(主座 12 樓)　: 12 張
- 外科病房(主座 15 樓)　: 12 張

(2) 病人必須為香港永久性居民身份証之持有人及年滿十五歲或以上人士。

(3) 由醫院管理局轄下的醫院轉介往本院接受入院診治的病人，將會獲得優先處理。其次的名額將分配由本院或掛單醫生，以先到先得的方式安排。倘若入院病人的人數超逾低收費病床可供應的病床數目，優先權將給予沒有購買醫療保險或只有少額醫療保險的人士。

(4) 低收費病床亦可供接受日間手術的病人使用，但只限於必須使用鎮靜或全身麻醉藥物後進行的手術。

(乙) 收費事宜

(1) 住院基本收費每天港幣 120 元，包括房租、 三餐膳食及一般護理費用。接受日間手術的病人，收費為港幣 96 元，抱括房租、膳食一餐及一般護理。請特別留意上述收費並不包括外科醫生手術費、醫生巡房費、麻醉科醫生費、臨床病理學家費及以下乙(2)及(3)項內所列舉的其他相關的醫院收費。

(2) 部份昂貴的檢查性/治療性/放射性服務、藥物、植入儀器、設施及透過供應商以委託形式所提供的服務，病人使用有關服務只需繳付該物料或服務的醫院成本價。另附加不超逾百分之十的成本價作為醫院行政費用。

(3) 除乙(2)項外，病人支付的其他醫院費用以本院二等病房費用之半價計算，惟醫生處方的出院藥物，則不包括在「低收費病床」的計劃內。

(丙) 低收費病床的優惠，不適用於以下的情況：

1. 病人入住低收費病床後，如要求轉往本院其他非低收費病床(包括任何等級)；或
2. 病人入住低收費病床期間，如需要緊急或急性治療，或病人情況變化，以致超出上述低收費病房能力處理，本院有絕對決定權安排病人轉往本院內其他合適病房，如隔離病房或特別治療病房，或安排病人轉往醫院管理局轄下任何醫院。

因應以上的情況，除轉介往醫院管理局轄下的醫院繼續接受治療外，所有醫院的收費，由轉房後起按本院該病床等級收費計算。

(丁) 其他事項

(1) 病人入住低收費病床前，主診醫生及病人必須書面簽署確認接受以上條款。如以上條款有任何更改，恕不另行通知。

(2) [redacted]保留安排病人入住低收費病床之最終決定權。